

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии и неонатологии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной и воспитательной работе



И.Ю. Колесникова

И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

Рабочая программа дисциплины

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

для студентов 5 и 6 курсов

направление подготовки (специальность)
31.05.02 Педиатрия

форма обучения
очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена
на заседании кафедры
«12» мая 2020 г.
(протокол №9)

Зав.кафедрой *Алексеева Ю.А.* Алексеева Ю.А.

Разработчик рабочей программы:

д.м.н., профессор Алексеева Ю.А.
к.м.н., доцент Барашкова А.Б.

Тверь, 2020

I. Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2020г. (протокол №1)

II. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Рабочая программа дисциплины «Поликлиническая педиатрия» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом **33.05.01 (ФГОС ВО 3+)** высшего образования по направлению подготовки (специальности) **31.05.02 - Педиатрия**, утвержденный приказом Минобрнауки России от 17.08.2015 г. № 853; с учётом рекомендаций основной образовательной программы (ООП) высшего образования.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Целью освоения дисциплины является формирование у выпускников педиатрического факультета в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом знаний, умений и навыков профессиональных компетенций (ОПК-6, ПК-2, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9), необходимых для оказания квалифицированной медицинской помощи в практической деятельности врача-педиатра общей практики

В результате освоения дисциплины «Поликлиническая педиатрия» студент должен:

- **знать** основы организации амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам;
- **уметь** организовать и оказать лечебно-профилактическую, санитарно-противоэпидемическую и реабилитационную помощи детям и подросткам;
- **владеть** методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у детей и подростков в амбулаторных условиях.

Задачами освоения дисциплины являются:

- Научить студентов осуществлению мероприятий по формированию оптимального уровня здоровья новорожденных, детей и подростков;
- Научить студентов диагностике патологических состояний, заболеваний у детей различного возраста и подростков на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования на этапе первичного звена здравоохранения;
- Научить студентов прогнозированию и диагностике развития неотложных состояний в разные возрастные периоды детства;
- Сформировать алгоритм проведения лечебных мероприятий больным детям и подросткам на этапе первичного звена здравоохранения;
- Обучить студентов методам формирования у детей, подростков, членов их семей и будущих родителей позитивного медицинского поведения, направленного на повышение уровня их здоровья;
- Обучить студентов методам проведения медицинской и социальной реабилитации, решения медико-социальных проблем детей и их семей;

- Научить студентов осуществлению санитарно-просветительной и санитарно-гигиенической работы в семье и в учреждениях здравоохранения;
- Обучить студентов ведению отчетно-учетной документации в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического профиля;
- Обучить студентов проведению анализа научной литературы и подготовки рефератов по современным научным проблемам педиатрии;
- Принимать участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач по разработке новых методов профилактики и диагностики в педиатрии.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций: ОПК-6, ПК-2, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9.

Наименование разделов	Коды и содержание компетенций	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть
Раздел I. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ВРАЧА ПЕДИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	ОПК-6 Готовность к ведению медицинской документации.	Знать основную медицинскую документацию участкового педиатра, врача ДДУ и школы, прививочной картотеки, прививочного кабинета.	Уметь оформлять основную медицинскую документацию врача ДДУ и школы, прививочной картотеки, прививочного кабинета.	Владеть методикой оформления ребенка на санаторно-курортное лечение, в оздоровительный лагерь, ДДУ и школу.
	ПК -2 Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков. 2. Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам. 3. Особенности организации и основные направления деятельности участкового врача-педиатра. 4. Принципы диспансерного наблюдения различных возрастных групп детского населения, реабилитация пациентов. 5. Осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей и подростков. 6. Организацию и проведение реабилитационных мероприятий среди детей и подростков. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической, профилактической и реабилитационной помощи детям и подросткам. 2. Проводить с детьми, подростками и их родителями профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов закаливания. 3. Собрать анамнез, провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп. 2. Методами общего клинического обследования детей и подростков. 3. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков. 4. Алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам.

	ПК -7 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы	1. Организацию работы отделения медико-социальной службы поликлиники. 2. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности. 3. Порядок проведения медико-социальной экспертизы. 4. Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях системы охраны материнства и детства.	1. Провести экспертизу временной нетрудоспособности. 2. Направить ребенка-инвалида для проведения медико-социальной экспертизы. 3. Вести медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля.	1. Алгоритмом выдачи больничного листа по уходу за больным ребенком. 2. Алгоритмом направления ребенка-инвалида на медико-социальную экспертизу. 3. Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации и в медицинских организациях педиатрического профиля.
Раздел II. РАБОТА ВРАЧА ОТДЕЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ООМПОУ - ДПО).	ОПК - 6	См. выше	См. выше	См. выше
	ПК -2	См. выше	См. выше	См. выше
	ПК-6 Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр	1. Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского населения. 2. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков. 3. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков терапевтического, хирургического и инфекционного профиля; общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий.	1. Собрать анамнез, провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам. 2. Интерпретировать результаты обследования, поставить ребенку и подростку предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз.	1. Методами общего клинического обследования детей и подростков. 2. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков. 3. Алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам.
ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	1. Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского населения. 2. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков. 3. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков терапевтического, хирургического и инфекционного профиля; общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий.	1. Собрать анамнез, провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам. 2. Интерпретировать результаты обследования, поставить ребенку и подростку предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз.	1. Методами общего клинического обследования детей и подростков. 2. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков. 3. Алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам.	
Раздел III. ЛЕ-	ПК -2	См. выше	См. выше	См. выше

	ПК-6	См. выше	См. выше	См. выше
	ПК-7	См. выше	См. выше	См. выше
	ПК-8	См. выше	См. выше	См. выше
	ПК-9 Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<p>1. Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского населения.</p> <p>2. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков.</p> <p>3. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков, взрослого населения терапевтического, хирургического и инфекционного профиля; общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий.</p> <p>4. Эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей и подростков, осуществление противоэпидемических мероприятий.</p> <p>5. Рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов и заболеваний у детей и подростков.</p>	<p>1. Собрать анамнез, провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам.</p> <p>2. Интерпретировать результаты обследования, поставить ребенку и подростку предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз.</p> <p>3. Разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>1. Методами общего клинического обследования детей и подростков.</p> <p>2. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков.</p> <p>3. Алгоритмом постановки предварительного диагноза детям и подросткам с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам.</p> <p>4. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у детей и подростков с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</p>

3. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Учебная дисциплина «**Поликлиническая педиатрия**» относится к Базовой части дисциплин Блока 1 с учётом рекомендаций основной образовательной программы (ООП) высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия. Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в работе с больными и здоровыми новорожденными, детьми до 15 летнего возраста и подростками с 15 до 18 лет на этапе первичного звена оказания медико-санитарной помощи детям.

Необходимость подготовки студентов педиатрического факультета по дисциплине «**Поликлиническая педиатрия**» обусловлена тем, что большинство выпускников педиатрического факультета будут работать педиатрами и врачами общей практики диагностических центров, поликлиник, реабилитационных и медико-социальных центров, врачами школьно-дошкольных и подростковых учреждений, неотложной и скорой помощи. Характерными особенностями профессиональной деятельности специалистов первичного звена здравоохранения являются: осуществление перспективного мониторинга здоровья детского населения; профилактика инфекционных и соматических заболеваний; лечение заболевших детей на дому, в поликлинике; в организованных детских коллективах; обеспечение ургентной догоспитальной диагностики, первой врачебной помощи и диспетчерских функций; диспансеризация больных детей; медицинская и социальная реабилитация; санитарно-просветительная и санитарно-гигиеническая работа с родителями, в детских дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка, специализированных детских учреждениях, решение медико-социальных проблем детей и семей. Оценка состояния здоровья, физического и нервно-психического развития ребенка в каждом возрастном периоде требует от врачей поликлиники широкого круга знаний, включающих генетические, анатомо-физиологические, гигиенические, клинические, психологические, социальные и др. аспекты, а также ряд специфических умений.

Учебным планом предусмотрено совершенствование знаний и приобретенных компетенций студентами по вопросам общей и профилактической педиатрии, профилактики детских инфекций на одной кафедре поликлинической педиатрии с основами формирования здоровья. Кафедра проводит учебную работу непосредственно в поликлиниках, ДДУ, школах, домах ребенка, диспансерах, диагностических центрах, других детских лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения. Это позволяет строить преподавание предмета в соответствии с существующими в практическом здравоохранении формами медицинского обслуживания детского населения в первичном звене здравоохранения.

На лекциях, семинарах, практических занятиях и во время работы в учреждениях первичного звена здравоохранения и на дому под руководством преподавателей студенты знакомятся лишь с основными принципами организации лечебно-профилактической помощи детям на дому, в условиях поликлиники, организованных детских коллективах; функциональными обязанностями участкового врача-педиатра, принципами организации диспансерного наблюдения за здоровыми детьми грудного и старшего возраста и детьми с хронической патологией.

На занятиях отрабатываются вопросы организации антенатальной профилактики и диспансерного наблюдения новорожденных и недоношенных детей, органи-

зационные вопросы профилактики инфекционных заболеваний, прививочного календаря, противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции. Студенты совместно с участковыми врачами осуществляют вызовы, прием здоровых и больных детей различного возраста, профилактическую, противоэпидемическую и санитарно-просветительную работу на участке. Работая в поликлинике, студенты ежедневно посещают на дому или на приеме не менее 2-х больных с разными заболеваниями, с последующим разбором и обсуждением диагностических, дифференциально-диагностических, лечебных и противоэпидемических мероприятий, проводят совместно с ассистентом консультативную работу в боксах поликлиники, работают в прививочном кабинете. Под руководством преподавателей студенты проводят патронаж новорожденных, осуществляют диспансерное наблюдение за детьми с отклонениями в состоянии здоровья и больными, анализируют распределение детей по группам здоровья на участке, инфекционную заболеваемость, эффективность наблюдения за детьми I - III групп здоровья.

Работая в дошкольных учреждениях и школах, студенты закрепляют пропедевтические навыки по оценке физического, нервно-психического и полового развития детей, по комплексной оценке состояния здоровья каждого ребенка и детского коллектива в целом, проводят оценку адаптационных возможностей детей к яслям, саду, школе, знакомятся с организацией и проведением лечебно-оздоровительной работы в детских учреждениях, определяют группы закаливания и физического воспитания, работают со всей учетной документацией.

В процессе обучения на цикле студентам читается блок лекций и ежедневно проводится клинические практические занятия по программе. На каждом цикле студенты самостоятельно готовят и проводят УИРС, готовят реферативные сообщения по выбранной теме. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а так же методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В результате освоения предшествующих дисциплин, обучающиеся овладевают следующими компетенциями необходимыми для освоения дисциплины «Поликлиническая педиатрия», которые характеризуют возрастные анатомо-физиологические особенности ребенка и подростка, особенности организации питания здоровых и больных детей, принципы диспансеризации и профилактики заболеваний:

- основы формирования здоровья детей (ПК-1, ПК-16),
- пропедевтика детских болезней (ПК-5),
- факультетская педиатрия (ПК-6, ПК-9, ПК-10).

Преподавание дисциплины базируется на ключевых компетенциях, полученных на *предшествующих* теоретических и клинических дисциплинах и предусматривает преемственность, интеграцию ее преподавания с другими дисциплинами.

Для усвоения содержания программы дисциплины студенту необходимо иметь компетенции по следующим дисциплинам в объеме образовательной программы:

- «Основы формирования здоровья детей» - кафедра поликлинической педиатрии и основ формирования здоровья. Разделы: современные концепции формирования здоровья детей и подростков, факторы определяющие уровень

индивидуального здоровья, генеалогические, биологические и социально-средовые факторы риска.

- «Пропедевтика детских болезней» - кафедра детских болезней. Разделы: анатомио-физиологические особенности ребенка и подростка, методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем органов; закономерности физического развития; виды вскармливания, закономерности физического и нервно-психического развития.
- «Факультетская педиатрия» - кафедра педиатрии педиатрического факультета. Разделы: этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина наиболее часто встречающихся заболеваний у детей и подростков. Клинические проявления, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков.

Все указанные компетенции студента определяются при помощи тестового контроля исходного уровня знаний.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ

Объем дисциплины составляет **9 зачетных единиц, 324 академических часов**, в том числе 228 аудиторных часов (18 час. лекций и 210 час. практических клинических занятий), 69 часов самостоятельной работы обучающихся и 27 час. самостоятельной работы на экзамен.

5. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

Лекция – пресс-конференция, деловая учебная игра (**Приложение 5**), решение интерактивных ситуационных задач, просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций, использование интерактивных моделей, разбор клинических случаев, подготовка и защита кураторских листов по клиническому случаю (**Приложение 8**), круглый стол по актуальным вопросам педиатрии, участие в научно-практических конференциях, учебно-исследовательская работа студентов; создание информационных бюллетеней, беседы с учащимися общеобразовательных школ и воспитанниками ДДУ, подготовка и защита рефератов (**Приложение 6**), проведение внутрифакультетских и межфакультетских тематических олимпиад (**Приложение 7**), дистанционные образовательные технологии - участие в Телемостах, проводимых по актуальным проблемам педиатрии.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к клиническим практическим занятиям, написание кураторских листов, рефератов, работа в Интернете, самостоятельное освоение раздела – «Современное санаторно-курортное лечение детей и подростков», работа с электронными кафедральными программами; проводится УИРС в форме реферативных сообщений, индивидуальных заданий, итоговых конкурсов и предметных олимпиад по специальности с участием представителей деканата факультета (**Приложение 7**).

В процессе прохождения данной дисциплины каждый студент оформляет «Кураторский лист», который является отчетным документом студента (**Приложение 8**).

В плане интенсификации учебного процесса на кафедре осуществляется внедрение методов ускоряющих темпы усвоения учебного материала: интерактивные формы обучения, мультимедиа, учебные фильмы. Внедряются инновационные формы обучения – чтение проблемных лекций, лекций-дискуссий, дидактические игры на практических и семинарских занятиях, работа студентов в «фокус-группах», предполагающих переход от преподавания, основанного на директивном стиле обучения к подходу, предполагающему в частности проблемно-ориентированное обучение, как элемент внедрения международного опыта в рамках Болонской декларации.

Клинические практические занятия проводятся в детских поликлиниках №1 и №2 МУЗ ГКБ №6 г.Твери, учреждениях системы образования (сш. №52, №36; ДДУ №142, №55).

Кафедра поликлинической педиатрии имеет методические разработки для студентов и преподавателей по каждой теме практического занятия.

Для самостоятельной работы студентов на кафедре разработано учебно-методическое пособие «Поликлиническая педиатрия» [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ Тверской гос. мед. ун-т; сост.: Ю. А. Алексеева [и др.] – Тверь: [б.и.], 2018. – 280 с.

Режим доступа:<http://www.tvergma.ru/kaf/>,

6. ФОРМЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Формой контроля усвоения учебного материала клинических практических занятий и лекций является проведение текущего и рубежного контроля знаний студентов (на каждом занятии и по отдельным модулям), а также промежуточного (трехэтапного курсового экзамена, промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины) и итогового контроля знаний в виде собеседования на Гос.аттестации по дисциплине в целом.

Текущий и рубежный контроль знаний студентов проходит в следующих формах:

- вербальной - для чего по каждой из тем занятий и для каждого модуля (учебного элемента) подготовлен перечень вопросов и эталонов ответов;
- письменной на бумажных носителях в виде тестов, типовых и ситуационных задач и задач, моделирующих реальную деятельность: оценка эффективности диспансеризации, КДЗ, составление индивидуального плана прививок по академической истории развития ребенка (для каждого занятия и учебного модуля);
- а также на электронных носителях, которые будут использоваться при создании компьютерного класса.

Промежуточный контроль:

1) В XI семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен:

- I Этап - задания в тестовой форме (50 вопросов);

- II Этап – прием практических навыков и умений (оформление и защита кураторского листа по больному или здоровому ребенку, алгоритм решения клинической ситуации; оформление медицинской документации; интерпретация результатов клинических исследований).
- III Этап – собеседование по 1-ой ситуационной задаче.

2) Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины проводится в форме двухэтапного зачета.

Этапы зачета:

- - практические навыки и умения (1 этап) – проводится в конце цикла в течение семестра
- - тестирование (2 этап) – проводится в конце семестра в компьютерном классе в установленные сроки

Итоговый контроль в XII семестре проводится на Гос.аттестации в виде собеседования по 1-ой ситуационной задаче.

III. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

1. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

Разделы дисциплины, виды учебной работы и оценочных средств

№ п/п	семестр	Наименование разделов дисциплины	Виды учебной работы (в академич. часах)			Оценочные средства
			Л	КПЗ	СРС	
1	X	Раздел I. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ВРАЧА ПЕДИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	20	67,2	20	Тестовые задания, ситуационные задачи, собеседование, практические навыки, защита кураторского листа, защита реферата
2	X	Раздел II. РАБОТА ВРАЧА ОТДЕЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ООМПДПОУ - ДШО).	4	19,2	8	Тестовые задания, ситуационные задачи, собеседование, практические навыки, защита кураторского листа, защита реферата
3	XI-XII	Раздел III. ЛЕЧЕБНАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА	24	61,6	37	Тестовые задания, ситуационные задачи, собеседование, практические навыки, защита кураторского листа, защита реферата
4		Всего часов	48	148	65	
5	XI	КУРСОВОЙ ЭКЗАМЕН	27			1. Тестовые задания 2. Оценка практических навыков 3. Собеседование по ситуационной задаче
6		ВСЕГО ЧАСОВ	288			

Лекции

№	Наименование лекций	Кол-во часов	Перечень учебных вопросов	Коды формируемых компетенций
1.	Организация лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике. Разделы работы участкового педиатра.	1	1. Организация работы детской поликлиники. 2. Структура детской поликлиники, основные показатели деятельности. 3. Разделы работы участкового педиатра.	ОПК-6 ПК-2 ПК-7 ПК-9
2.	Комплексная оценка состояния здоровья детей.	1	1. Здоровье, его компоненты. 2. Критерии здоровья. 3. Группы здоровья.	ОПК-6 ПК-2
3. о	Основы формирования здоровья детей	1	1. История учения о здоровье 2. Виды оценки уровня здоровья 3. Современные концепции формирования здоровья	ПК-2
4.	Врачебный контроль состоя-	1	1. Диспансерное наблюдение за новорожденными на	

	ния здоровья новорожденных и детей раннего возраста. Особенности наблюдения за недоношенными детьми в поликлинике.		<p>педиатрическом участке.</p> <p>2. Первичный врачебно-сестринский патронаж.</p> <p>3. Группы риска новорожденных.</p> <p>4. Недоношенные дети, особенности наблюдения в поликлинике.</p> <p>5. Профилактика дефицитных состояний у новорожденных в поликлинике.</p>	ОПК-6 ПК-2 ПК-6 ПК-8
5.	Современные аспекты лечебного питания детей.	1	<p>1. Проблема вскармливания у детей первого года жизни с отклонениями в состоянии здоровья.</p> <p>2. Диетическая коррекция синдрома мальабсорбции у детей.</p> <p>3. Диетическая коррекция пищевой аллергии у детей.</p> <p>4. Диетическая коррекция синдрома срыгиваний у детей.</p>	ПК-2 ПК-9
6.	Противоэпидемическая работа участкового педиатра. Специфическая и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний.	1	<p>1. Противоэпидемическая работа на педиатрическом участке.</p> <p>2. Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний на педиатрическом участке. Национальный календарь профилактических прививок.</p> <p>3. Реакции на профилактические прививки. Сильные реакции и осложнения при проведении вакцинации.</p> <p>4. Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья.</p>	ОПК-6 ПК-2 ПК-8 ПК-9
7.	Медицинские аспекты организованного детства и формы профилактической работы в ДОУ.	1	<p>1. Задачи и структура медицинского обеспечения в ДОУ. Обязанности врача-педиатра в ДОУ, документация.</p> <p>2. Типы ДОУ. Санитарно-гигиенические требования к ДОУ.</p> <p>3. Подготовка детей к поступлению в ДОУ. Оформление ребенка в ДОУ. Адаптация и дезадаптация в ДОУ.</p> <p>4. Организация режима дня и учебных занятий, питания в ДОУ.</p> <p>5. Диспансерное наблюдение в в ДОУ.</p> <p>6. Подготовка детей к обучению в школе.</p>	ОПК-6 ПК-2 ПК-8
8.	Актуальные проблемы школьной медицины. Врачебный контроль за состоянием здоровья школьников.	1	<p>1. Состояние здоровья школьников.</p> <p>2. Задачи медицинского сопровождения школьников. Нормативно-правовая база школьной медицины.</p> <p>3. Организация медицинских осмотров в школе.</p> <p>4. Медицинский контроль за учебной работой, трудовым воспитанием, питанием школьников.</p> <p>5. Оздоровление детей в условиях школы. Профилактика инфекционной заболеваемости и травматизма.</p>	ОПК-6 ПК-2 ПК-8
9.	Морфофункциональные особенности подросткового возраста. Психосоциальные аспекты педиатрии.	1	<p>1. Подростковый период: особенности наблюдения подростков на участке.</p> <p>2. Особенности заболеваемости в подростковом возрасте.</p> <p>3. Группа социального риска в педиатрии. Психосоциальные аспекты работы с детьми из групп риска.</p> <p>4. Принципы профилактики социальной дезадаптации у детей из неблагополучных семей.</p>	ПК-2 ПК-6 ПК-9
10.	Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями. Принципы реабилитации.	1	<p>1. Диспансеризация детей по форме 30/у.</p> <p>2. Принципы реабилитации детей с хроническими заболеваниями.</p> <p>3. Показатели качества диспансерного наблюдения.</p> <p>4. Проблемы инвалидизации детей. Порядок оформления инвалидности.</p>	ОПК-6 ПК-2 ПК-7 ПК-8
11.	Болезни органов дыхания у детей в условиях поликлиники.	1	<p>1. Ранняя диагностика, лечение и диспансерное наблюдение в условиях поликлиники при бронхолегочных заболеваниях у детей.</p> <p>2. Неотложная помощь при синдромах острой дыха-</p>	ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9

			<p>тельной недостаточности.</p> <p>3. Профорентация при заболеваниях органов дыхания у детей.</p>	
2	Болезни органов кровообращения у детей в условиях поликлиники.	1	<p>1. Ранняя диагностика, лечение и диспансерное наблюдение в условиях поликлиники при заболеваниях органов кровообращения у детей.</p> <p>2. Неотложная помощь при синдромах острой недостаточности кровообращения у детей.</p> <p>3. Профорентация при заболеваниях органов кровообращения у детей.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8 ПК-9</p>
3	Болезни органов мочевой системы у детей в условиях поликлиники.	1	<p>1. Структура и распространенность болезней мочевой системы детей и подростков.</p> <p>2. Принципы ранней диагностики на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.</p> <p>3. Лечение болезней мочевой системы в условиях поликлиники.</p> <p>4. Диспансеризация, реабилитация, профилактика, профорентация при заболеваниях органов мочевой системы у детей.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8 ПК-9</p>
4	Заболевания печени и желчевыводящих путей у детей в условиях поликлиники. Дифференциальная диагностика желтух у детей грудного возраста.	1	<p>1. Дифференциальная диагностика желтух у детей грудного возраста.</p> <p>2. Ранняя диагностика, лечение и диспансерное наблюдение в условиях поликлиники детей с заболеваниями печени и желчевыводящих путей.</p> <p>3. Профорентация при заболеваниях печени и желчевыводящих путей у детей.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8 ПК-9</p>
5	Аллергические заболевания у детей в условиях поликлиники.	1	<p>1. Ранняя диагностика, лечение и диспансерное наблюдение в условиях поликлиники детей с аллергическими заболеваниями.</p> <p>2. Неотложная помощь при острых аллергических состояниях у детей.</p> <p>3. Профорентация при аллергических заболеваниях у детей.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-9 ПК-8</p>
6	Принципы ведения детей с острыми респираторными заболеваниями на участке. Профилактика, лечение и организационные принципы оздоровления часто болеющих детей.	1	<p>1. Особенности течения ОРВИ в зависимости от этиологии.</p> <p>2. Принципы терапии и ведение на участке детей с острыми респираторными заболеваниями.</p> <p>3. Часто болеющие дети (ЧБД), факторы риска формирования контингента ЧБД.</p> <p>4. Принципы оздоровления ЧБД.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8 ПК-9</p>
7	Острые диарейные заболевания у детей: диагностика, лечение и тактика амбулаторного ведения, диспансеризация.	1	<p>1. Дифференциальная диагностика острого диарейного синдрома у детей. Определение типов и степеней дегидратации.</p> <p>2. Диагностика, лечение и тактика амбулаторного ведения детей с острыми диареями, диспансеризация.</p> <p>3. Неотложная помощь при дегидратации на догоспитальном этапе.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-9 ПК-10</p>
8	Инфекционные заболевания, протекающие с синдромом экзантемы у детей: принципы ведения на участке.	0,5	<p>1. Дифференциальная диагностика синдрома экзантемы при инфекционных заболеваниях у детей.</p> <p>2. Принципы ведения на участке, лечение, профилактика, диспансеризация ветряной оспы, кори, краснухи, скарлатины, менингококковой инфекции.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8 ПК-9</p>
9	Инфекционные заболевания, протекающие с синдромом ангины у детей: принципы ведения на участке.	0,5	<p>1. Дифференциальная диагностика синдрома ангины при инфекционных заболеваниях у детей.</p> <p>2. Особенности наблюдения детей с синдромом ангины в поликлинике.</p> <p>3. Принципы ведения на участке, лечение, профилактика, диспансеризация дифтерии, инфекционного мононуклеоза, тонзилломикозов.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8 ПК-9</p>
	Всего часов		18	

Клинические практические занятия (КПЗ)

№п /п	Наименование клинических практических занятий	Кол-во часов	Перечень учебных вопросов	Коды компетенций
1	Структура и организация работы детской поликлиники. Разделы работы участкового педиатра. Профилактическая работа педиатра.	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению. 2. Структура и организация работы детской поликлиники (регистратура, фильтр, кабинет здорового ребенка (КЗР), ООМПДПОУ, отделение восстановительного лечения, дневной стационар и др.). 3. Основные задачи и направления деятельности ДП. 4. Участковый принцип медицинской помощи детям и подросткам; структура участка. 5. Основные направления работы участкового педиатра. 6. Оформление медицинской документации на педиатрическом участке, отчетность. 7. Медицинская этика и деонтология в практике педиатра. Врачебная тайна. 8. Порядок выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком. Врачебная комиссия. 	ОПК-6 ПК-2 ПК-7 ПК-9
2	Аntenатальная профилактика. Факторы, определяющие здоровье. Оценка генеалогического биологического и социального анамнеза.	7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предконцепционный период, его роль в формировании здоровья будущего ребёнка. Дородовый патронаж № 1 и № 2, сроки проведения, содержание и направленность. Показания к проведению врачебного дородового патронажа. 2. Роль наследственности в формировании здоровья ребёнка. Генеалогический анамнез. Количественная и качественная оценка отягощенности ГА. 3. Биологический анамнез. Оценка и определение группы риска по БА. 4. Социальный анамнез. Выявление детей группы социального риска. 5. Оформление в истории развития ребёнка БА, ГА, СА. 6. Группы риска. 	ПК-6 ПК-2 ПК-6
3	Комплексная оценка состояния здоровья. Группы здоровья, их характеристика.	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Критерии, определяющие здоровье. 2. Особенности онтогенеза. 3. Методика оценки физического развития: уровень физического развития, гармоничность, соматотип. Определение биологического возраста: сроки и порядок прорезывания молочных зубов, смена зубов. 4. Методика оценки и определение группы НПР; параметры поведения и их оценка. 5. Функциональное состояние органов и систем. 6. Резистентность организма, критерии оценки 7. Наличие ВПР и хронических заболеваний. 8. Характеристика групп здоровья. 	ПК-2 ПК-6
4	Профилактическая и лечебная помощь новорожденным в ДП.	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первичный врачебно-сестринский патронаж к новорожденному. Особенности сбора информации о новорожденном: опрос, анализ медицинской документации (обменной карты из роддома). Оценка состояния здоровья новорожденного. 2. Пограничные состояния новорожденного. 3. Рекомендации по уходу, режиму, вскармливанию новорожденного; рекомендации по диете, соблюдению режима дня и отдыха кормящей матери. 4. Профилактика и лечение гипогалактии. 5. План диспансерного наблюдения за здоровым ребенком на первый месяц жизни и в течение 1 	ОПК-6 ПК-2 ПК-6

			года жизни. 6. Дифференцированное наблюдение за детьми из групп направленного риска.	
5	Организация лечебно-профилактической помощи недоношенным детям.	6	1. Понятие о недоношенности, причины, степени недоношенности: особенности ФР, НПП недоношенного ребёнка. 2. Организация режима недоношенного ребёнка и ухода за ним, особенности вскармливания недоношенных детей. 3. Особенности анемии недоношенных детей, профилактика и лечение анемии; профилактика рахита. 4. Особенности вакцинации недоношенных детей.	ОПК-6 ПК-2 ПК-6 ПК-9
6	Диспансеризация здоровых детей грудного и раннего возраста.	6	1. Диспансеризация детей 1 года жизни. Сроки и содержание профилактических осмотров педиатром и специалистами, лабораторное и инструментальное обследование. 2. Диспансеризация детей от 1 до 3 лет. Сроки и содержание профилактических осмотров педиатром и специалистами, лабораторное обследование на 2 году жизни, на 3 году жизни. 3. Диспансеризация детей дошкольного возраста. Сроки и содержание профилактических осмотров педиатром и специалистами, лабораторное обследование 4-7 лет жизни. 4. Рекомендации по режиму, вскармливанию, воспитанию, физическому воспитанию, закаливанию, профилактике пограничных состояний в зависимости от возраста. 5. Порядок оформления записи в истории развития ребенка (Форма 112/у).	ОПК-6 ПК-2 ПК-6
7	Значение рационального питания детей грудного и раннего возраста. Профилактика расстройств питания.	6	1. Национальная программа вскармливания. 2. Питание беременной и кормящей женщины. 3. Рекомендуемые нормы потребления пищевых ингредиентов детей первого года жизни. 4. Вскармливание новорожденных детей. Способы расчета количества молока для детей в возрасте до 1 года. 5. Принципы расчета количества пищи у детей раннего возраста. Режим питания детей раннего возраста. 6. Продукты прикорма. Правила и сроки введения прикормов у детей первого года жизни. 7. Современные заменители женского молока для искусственного вскармливания здоровых детей грудного и раннего возраста. 8. Оценка достаточности питания у детей.	ПК-2 ПК-6 ПК-7
8	Профилактика и особенности питания детей с отклонениями в состоянии здоровья.	6	1. Особенности вскармливания у детей с функциональными нарушениями кишечника. 2. Особенности вскармливания у детей с синдромом мальабсорбции. 3. Особенности вскармливания у детей с аллергическими заболеваниями. 4. Диагностика, лечение, профилактика гипо- и паратрофии. Расчет питания. 5. Диагностика, лечение и профилактика анемии у детей раннего возраста. Особенности вскармливания. 6. Диагностика, лечение, профилактика рахита, спазмофилии у детей. Особенности вскармливания.	ПК-2 ПК-6 ПК-9
9	Специфическая профилактика инфекционных забо-	6	1. Национальный календарь профилактических прививок. Профилактические прививки по эпидеми-	ОПК-6

	леваний у здоровых детей.		<p>ческим показаниям.</p> <p>2. Организация работы прививочного кабинета.</p> <p>3. Составление плана проведения профилактических прививок детям от 0 до 7 лет. Оформление карты профилактических прививок (ф-063).</p> <p>4. Современные вакцины, используемые в России.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p>
10	Специфическая профилактика инфекционных заболеваний у детей групп риска.	6	<p>1. Противопоказания к проведению вакцинации (абсолютные и относительные). Порядок оформления медицинских отводов от профилактических прививок.</p> <p>2. Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья. Понятие об индивидуальном календаре прививок.</p> <p>3. Реакции на профилактические прививки. Сильные реакции и осложнения при проведении вакцинации (ф 058/у).</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-9</p>
11	Организация работы и задачи ОМПДПОУ. Подготовка детей к поступлению в ДДУ.	6	<p>1. Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения (ОМПДПОУ). Медицинская документация.</p> <p>2. Типы дошкольных детских учреждений.</p> <p>3. Организация медицинского обслуживания домов ребенка.</p> <p>4. Функциональные обязанности врача ДДУ.</p> <p>5. Подготовка детей к поступлению к ДДУ.</p> <p>6. Адаптация ребенка к детскому дошкольному образовательному учреждению. Степени тяжести дезадаптации.</p>	<p>ОПК-6</p> <p>ПК-2 ПК-6</p> <p>ПК-8</p>
12	Врачебный контроль за состоянием здоровья дошкольников.	6	<p>1. Организация и проведение плановых профилактических осмотров в ДДУ. Скрининг-обследование.</p> <p>2. Основные гигиенические требования к ДДУ.</p> <p>3. Медицинский контроль за физическим воспитанием в ДДУ. Оценка физкультурных занятий: продолжительность; структура; плотность моторная; физиологическая кривая. Физкультурные группы. Закаливание в ДДУ.</p> <p>4. Организация рационального питания в ДДУ.</p> <p>5. Противоэпидемическая работа в ДДУ.</p>	<p>ОПК-6</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p>
13	Медицинское обслуживание школьников. Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в школу.	6	<p>1. Типы школьных учреждений.</p> <p>2. Функциональные обязанности школьного врача.</p> <p>3. Определение готовности к школе.</p> <p>4. Адаптация ребенка к школе. Критерии адаптации. Мероприятия по облегчению адаптации.</p> <p>5. Диспансеризация здоровых детей школьного возраста, этапы и содержание скрининг программы.</p> <p>6. Медицинский контроль за учебным процессом, питанием, физическим воспитанием. Организация обучения на дому. Облегченный режим сдачи итоговых и выпускных экзаменов.</p> <p>7. Диспансеризация школьников с хроническими заболеваниями. Понятие «школьные болезни».</p>	<p>ОПК-6</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p>
14	Особенности работы врача-педиатра с подростками.	6	<p>1. Особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи подросткам.</p> <p>2. Морфофункциональные особенности подросткового возраста. Половое развитие и оценка половой зрелости.</p> <p>3. Особенности диагностики и лечения острых и хронических заболеваний у подростков. Психосоматические нарушения.</p> <p>4. Профилактика и лечение наркоманий, токсикоманий, алкоголизма.</p> <p>5. Психосоциальная адаптация подростков. Социализация подростков.</p> <p>6. Врачебно-профессиональное консультирование.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>

			7. Передача подростков во взрослую поликлинику. 8. Военно-медицинские комиссии.	
15	Система диспансерного наблюдения за детьми с острыми и хроническими заболеваниями и врожденной патологией. Детская смертность. Проблемы детской инвалидности.	6	1. Система диспансерного наблюдения за детьми по форме №30/у: порядок взятия на учет, сроки осмотров, длительность наблюдения, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета. 2. Принципы преемственности в работе служб диспансерного наблюдения: педиатрический участок, ДДУ, школа, подростковый кабинет поликлиники. 3. Медицинская реабилитация детей. Отделения восстановительного лечения в детских поликлиниках. 4. Санаторно-курортное лечение детей: показания, противопоказания, порядок оформления документации. 5. Смертность плодов и детей в различных возрастах. Управляемые причины смерти. 6. Показания и порядок оформления документации для установления инвалидности в детском возрасте.	ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9
16	Заболевания органов дыхания у детей в условиях поликлиники.	6	1. Структура заболеваний органов дыхания у детей. 2. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей, перенесших острую пневмонию. 3. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с рецидивирующим бронхитом. 4. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с бронхиальной астмой. 5. Профориентация детей с заболеваниями органов дыхания.	ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9
17	Заболевания органов кровообращения у детей в условиях поликлиники.	6	1. Структура заболеваний органов кровообращения у детей. 2. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с ревматизмом. 3. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с неревматическими кардитами. 4. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с врожденными пороками сердца. 5. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с вегето-сосудистой дистонией. 6. Профориентация детей с заболеваниями органов кровообращения.	ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9
18	Заболевания органов пищеварения у детей в условиях поликлиники.	6	1. Структура заболеваний органов пищеварения у детей. 2. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. 3. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с дискинезиями желче-	ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9

			<p>выводящих путей.</p> <p>4. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с хроническим колитом, энтероколитом.</p> <p>5. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с хроническими гепатитами.</p> <p>6. Профориентация детей с заболеваниями органов пищеварения.</p>	
19	Заболевания органов моче-выделения у детей в условиях поликлиники.	6	<p>1. Структура заболеваний органов моче-выделения у детей.</p> <p>2. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с пиелонефритом.</p> <p>3. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с гломерулонефритом.</p> <p>4. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с дисметаболическими нефропатиями.</p> <p>5. Профориентация детей с заболеваниями органов моче-выделения.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>
20	Заболевания крови и эндокринной системы у детей в условиях поликлиники.	6	<p>1. Структура заболеваний системы кроветворения у детей.</p> <p>2. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с лейкозами.</p> <p>3. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с геморрагическими диатезами.</p> <p>4. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с анемиями.</p> <p>5. Структура заболеваний эндокринной системы у детей.</p> <p>6. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с синдромом гипергликемии.</p> <p>7. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с гипотиреозом.</p> <p>8. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с ожирением.</p> <p>9. Ранняя диагностика, лечение, показания к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с гипофизарной карликовостью.</p> <p>10. Профориентация детей с заболеваниями крови и эндокринной системы.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>
21	Организация наблюдения за инфекционными больными на дому.	6	<p>1. Особенности работы врача по организации наблюдения за детьми, больными инфекционными заболеваниями, на дому.</p> <p>2. Регистрация инфекционных больных. Экстренное извещение в СЭС.</p> <p>3. Особенности оформления истории развития ребенка, больного инфекционным заболеванием.</p> <p>4. Показания и порядок проведения плановой и экс-</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>

			<p>тренной госпитализации.</p> <p>5. Организация и проведение диспансеризации детей, перенесших инфекционные заболевания: сроки осмотров и лабораторный контроль, длительность наблюдения, показания к снятию с учета и выписка в детский коллектив.</p>	
22	Проблемы ОРЗ в патологии детей раннего возраста. Профилактика, лечение и организационные принципы оздоровления ЧБД.	4,8	<p>1. Дифференциальная диагностика ОРВИ в условиях поликлиники. Критерии тяжести.</p> <p>2. Респираторные заболевания смешанной этиологии, критерии диагностики.</p> <p>3. Лечение ОРЗ на дому. Догоспитальная неотложная помощь. Показания к госпитализации.</p> <p>4. Часто болеющие дети (ЧБД). Диспансеризация по ф.№30/у.</p> <p>5. Принципы оздоровления ЧБД.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>
23	Капельные инфекции (коклюш, паракоклюш, эпидемический паротит) у детей в условиях поликлиники. Капельные инфекции с синдромом экзантемы у детей в условиях поликлиники.	4,8	<p>1. Коклюш, паракоклюш: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в домашних очагах, в детских учреждениях. Активная иммунизация.</p> <p>2. Эпидемический паротит: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Активная иммунизация.</p> <p>3. Ветряная оспа: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Активная иммунизация.</p> <p>4. Корь: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Активная и пассивная иммунизация. Реабилитация детей, перенесших корь.</p> <p>5. Краснуха: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Активная иммунизация.</p> <p>6. Скарлатина: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Значение других форм стрептококковой инфекции в распространении скарлатины, реабилитация реконвалесцентов.</p> <p>7. Менингококковая инфекция: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Активная иммунизация.</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>
24	Инфекционные заболевания с синдромом ангины у детей в условиях поликлиники.	4,8	<p>1. Особенности наблюдения детей с синдромом ангины в поликлинике. Дифференциальная диагностика синдрома ангины у детей.</p> <p>2. Дифтерия: ранняя диагностика различных форм; характерные особенности у привитых. Дифференциальная диагностика с другими видами ангин. Бактерионосительство. Диспансеризация, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Активная иммунизация.</p> <p>3. Инфекционный мононуклеоз: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Показания к госпитализации. Диспансеризация, профилактика.</p> <p>4. Тонзилломикозы: диагностика, клиника, тактика</p>	<p>ПК-2</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-8</p> <p>ПК-9</p>

			ведения на педиатрическом участке. Показания к госпитализации. Диспансеризация, профилактика.	
25	Инфекционные диареи у детей в условиях поликлиники. Инфекционные заболевания с синдромом желтухи у детей в условиях поликлиники. Особенности наблюдения детей 1 года жизни с TORCH-инфекцией.	6	1. Вирусные диареи: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Показания к госпитализации, профилактика, диспансеризация. 2. Инвазивные диареи (сальмонеллез, шигеллез): диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Показания к госпитализации, профилактика, диспансеризация. 3. Дифференциальная диагностика синдрома желтухи у детей грудного возраста. Тактика участкового педиатра, показания к госпитализации. 4. Особенности наблюдения детей 1 года жизни с TORCH-инфекцией. 5. Вирусные гепатиты А и Е: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Принципы диспансерного наблюдения за реконвалесцентами. 6. Вирусные гепатиты В и С: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. Принципы диспансерного наблюдения за реконвалесцентами, больными хроническим гепатитом.	ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9
26	Иммунодефицитные состояния у детей в условиях поликлиники.	6	1. Дифференциальная диагностика иммунодефицитных состояний (ИДС) у детей. 2. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с иммунодефицитными состояниями. 3. СПИД – эпидемиологические и социальные аспекты, ранняя диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. 4. Группа герпетических инфекций: диагностика, клиника, тактика ведения на педиатрическом участке. 5. Вакцинация детей с ИДС.	ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9
27	Итоговое занятие.	6	Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины (первый этап)	
		210		

Занятия в интерактивной форме

№ п/п	Форма занятия (Л, КПЗ)	Наименование темы	Используемые интерактивные образовательные технологии	Кол-во часов
1.	Лекции	Болезни органов дыхания у детей в условиях поликлиники.	Лекция - пресс-конференция.	2
2	Лекции	Болезни органов кровообращения у детей в условиях поликлиники.	Лекция - пресс-конференция.	2
3	Лекции	Болезни органов мочевой системы у детей в условиях поликлиники.	Лекция - пресс-конференция.	2

4	Лекции	Заболевания печени и желчевыводящих путей у детей в условиях поликлиники. Дифференциальная диагностика желтух у детей грудного возраста	Лекция - пресс-конференция.	2
5	Лекции	Аллергические заболевания у детей в условиях поликлиники.	Лекция - пресс-конференция.	2
6	Лекции	Принципы ведения детей с острыми респираторными заболеваниями на участке. Профилактика, лечение и организационные принципы оздоровления часто болеющих детей.	Лекция - пресс-конференция.	2
7	Лекции	Инфекционные заболевания, протекающие с синдромом экзантемы у детей: принципы ведения на участке.	Лекция - пресс-конференция.	2
8	Лекции	Инфекционные заболевания, протекающие с синдромом ангины у детей: принципы ведения на участке.	Лекция - пресс-конференция.	2
9	Клиническое практическое занятие	Структура и организация работы детской поликлиники. Разделы работы участкового педиатра. Профилактическая работа педиатра	Экскурсия, работа в малых группах	2
10	Клиническое практическое занятие	Аntenатальная профилактика. Факторы, определяющие здоровье. Оценка генеалогического биологического и социально-средового анамнеза	Работа с интерактивной моделью медико-экологического атласа. Работа в малых группах	2
11	Клиническое практическое занятие	Комплексная оценка состояния здоровья. Группы здоровья, их характеристика.	Регламентированная дискуссия; работа в малых группах.	1
12	Клиническое практическое занятие	Организация лечебно-профилактической помощи недоношенным детям.	Защита реферативных сообщений, УИРС	2
13	Клиническое практическое занятие	Значение рационального питания детей грудного и раннего возраста. Профилактика расстройств питания.	Регламентированная дискуссия Защита реферативных сообщений, УИРС	2
14	Клиническое практическое занятие	Специфическая профилактика инфекционных заболеваний у детей групп риска.	Круглый стол.	4
15	Клиническое практическое занятие	Особенности работы врача-педиатра с подростками.	Круглый стол.	4
16	Клиническое практическое занятие	Заболевания органов дыхания у детей в условиях поликлиники	Защита кураторского листа по клиническому случаю, работа в малых группах	4
17	Клиническое практическое занятие	Проблемы ОРЗ в патологии детей раннего возраста. Профилактика, лечение и организационные принципы оздоровления ЧБД.	Защита кураторского листа по клиническому случаю, работа в малых группах	4

18	Клиническое практическое занятие	Капельные инфекции (коклюш, паракоклюш, эпидемический паротит) у детей в условиях поликлиники. Капельные инфекции с синдромом экзантемы у детей в условиях поликлиники.	Деловая учебная игра	4
19	Клиническое практическое занятие	Иммунодефицитные состояния у детей в условиях поликлиники.	Защита реферативных сообщений, УИРС	2
Всего часов - 47		Всего 24 % интерактивных занятий от объема контактной работы		

Самостоятельная (внеаудиторная работа)

№п/п	Наименование разделов дисциплины	Виды самостоятельной работы	Кол-во часов	Коды формируемых компетенций
1	Раздел I. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ВРАЧА ПЕДИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	Изучение основной и дополнительной литературы, конспектирование текста, работа с конспектом лекции, ознакомление с нормативными документами, подготовка рефератов, докладов, в т.ч. на научные конференции, использование аудио- и видеозаписей, компьютера и сети Интернет, выполнение тестовых заданий, ответы на контрольные вопросы, решение ситуационных профессиональных задач, заполнение медицинской документации (ф.№ 112, карта профилактических прививок, первичный врачебный патронаж новорожденного, эпикризы, больничный лист и др.), самостоятельная работа в кабинете здорового ребенка, самостоятельная работа на участке детской поликлиники: прием здоровых детей в кабинете участкового педиатра.	20	ОПК-6 ПК-2 ПК-7
2	Раздел II. РАБОТА ВРАЧА ОТДЕЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ООМПДПОУ - ДШО)..	Изучение основной и дополнительной литературы, конспектирование текста, работа с конспектом лекции, ознакомление с нормативными документами, подготовка рефератов, докладов, в т.ч. на научные конференции, использование аудио- и видеозаписей, компьютера и сети Интернет, выполнение тестовых заданий, ответы на контрольные вопросы, решение ситуационных профессиональных задач, заполнение медицинской документации (ф. № 112, 026/у, карта профилактических прививок, эпикризы, и др.), самостоятельное определение готовности ребенка к школе, самостоятельная работа в медицинском кабинете ДДУ и школы.	9	ОПК-6 ПК-2 ПК-6
3	Раздел III. ЛЕЧЕБНАЯ	Изучение основной и дополнительной литерату-	40	

	РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА	ры, конспектирование текста, работа с конспектом лекции, ознакомление с нормативными документами, подготовка рефератов, докладов, в т.ч. на научные конференции, использование аудио- и видеозаписей, компьютера и сети Интернет, выполнение тестовых заданий, ответы на контрольные вопросы, решение ситуационных профессиональных задач, заполнение медицинской документации (ф. № 112, карта профилактических прививок, эпикризы, больничный лист и др.), самостоятельная работа на участке детской поликлиники: прием больных детей в кабинете участкового педиатра, обслуживание вызовов на дом к больному ребенку, клинический разбор больных в малых группах.		ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9
	Подготовка к экзамену		27	
	Всего часов		69	

2. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции						Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	клинические практические занятия	экзамен				ОПК-6	ПК-2	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9		
1	2	5	6	7	8	9		10	11	12	13	14	15	16
1. Раздел I. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ВРАЧА ПЕДИАТРА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ							+	+	+	+	+	+	Л Э РД КрС Р УИРС ИА МГ КЛ	Т ЗС С Пр КЛ Р
1.1. Структура и организация работы детской поликлиники. Разделы работы участкового педиатра. Профилактическая работа педиатра.	1	6		7	2	9	+	+		+	+	+	Л, Э, МГ	Т ЗС С Пр
1.2. Антенатальная профилактика. Факторы, определяющие здоровье. Оценка генеалогического биологического и социального анамнеза.	1	12		13	4	17	+	+	+				Л, ИА, МГ, КЛ	Т ЗС С Пр КЛ
1.3. Комплексная оценка состояния здоровья. Группы здоровья, их характеристика.	1	18		19	4	23	+	+	+				Л, РД, Г	Т ЗС С Пр

1.4.Профилактическая и лечебная помощь новорожденным в ДП.	1	12		13	2	15	+	+	+				Л, КЛ, МГ	Т ЗС С Пр КЛ
1.5.Организация лечебно-профилактической помощи недоношенным детям.	1	6		7	2	9	+	+	+		+	+	Л, Р, УИРС	Т ЗС С Пр Р
1.6.Диспансеризация здоровых детей грудного и раннего возраста.		6		6	1	7	+	+	+				КЛ, МГ	Т ЗС С Пр КЛ
1.7.Значение рационального питания детей грудного и раннего возраста. Профилактика расстройств питания.	1	6		7	1	8	+	+	+				Л, РД, Р, УИРС	Т ЗС С Пр Р
1.8.Профилактика и особенности питания детей с отклонениями в состоянии здоровья.	1	6		7	2	9	+	+	+		+		Л, КЛ, МГ	Т ЗС С Пр КЛ
1.9.Специфическая профилактика инфекционных заболеваний у здоровых детей.	1	6		7	1	8	+	+	+				Л, КЛ, МГ	Т ЗС С Пр КЛ
1.10.Специфическая профилактика инфекционных заболеваний у детей групп риска.		6		6	1	7	+	+	+		+		КрС	Т ЗС С Пр

2. Раздел II. РАБОТА ВРАЧА ОТДЕЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ОМПДПОУ - ДШО).							+	+	+		+	+	Л КрС МГ КЛ	Т ЗС С Пр КЛ
2.1. Организация работы и задачи ОМПДПОУ. Подготовка детей к поступлению в ДДУ.	1	6		7	2	9	+	+	+			+	Л, МГ, КЛ	Т ЗС С Пр КЛ
2.2. Врачебный контроль за состоянием здоровья дошкольников.		6		6	2	8	+	+	+				МГ, КЛ	Т ЗС С Пр КЛ
2.3. Медицинское обслуживание школьников. Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в школу.	1	6		7	2	9	+	+	+			+	Л, МГ, КЛ	Т ЗС С Пр КЛ
2.4. Особенности работы врача-педиатра с подростками.	1	6		7	2	9	+	+	+		+	+	Л, КрС	Т ЗС С
3. Раздел III. ЛЕЧЕБНАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА								+	+	+	+	+	Л ЛПК РД ДИ КЛ КС МГ ВК УИРС	Т ЗС С Пр КЛ Р
3.1. Система диспансерного наблюдения за	1	8		9	3	12		+	+	+	+	+	Л РД	Т ЗС

детьми с острыми и хроническими заболеваниями и врожденной патологией. Детская смертность. Проблемы детской инвалидности.													КЛ МГ КС	С Пр КЛ
3.2. Заболевания органов дыхания у детей в условиях поликлиники.	1	8		9	3	12		+	+		+	+	ЛПК КЛ МГ КС	Т ЗС С Пр КЛ
3.3. Заболевания органов кровообращения у детей в условиях поликлиники.	1	8		9	3	12		+	+		+	+	ЛПК РД КЛ МГ	Т ЗС С Пр КЛ
3.4. Заболевания органов пищеварения у детей в условиях поликлиники.	1	8		9	3	12		+	+		+	+	Л РД КЛ МГ КС	Т ЗС С Пр КЛ
3.5. Заболевания органов мочевого выделения у детей в условиях поликлиники.	1	8		9	3	12		+	+		+	+	ЛПК РД КЛ	Т ЗС С Пр КЛ
3.6. Заболевания крови и эндокринной системы у детей в условиях поликлиники.		8		8	3	11		+	+		+	+	Р КЛ МГ КС	Т Р С Пр КЛ
3.7. Организация наблюдения за инфекционными больными на дому.	1	8		9	3	12		+	+		+	+	Л РД КЛ МГ	Т ЗС С Пр

														КЛ
3.8.Проблемы ОРЗ в патологии детей раннего возраста. Профилактика, лечение и организационные принципы оздоровления ЧБД.	1	8		9	3	12		+	+		+	+	ЛПК КЛ МГ КС	Т ЗС С Пр КЛ
3.9.Капельные инфекции (коклюш, паракоклюш, эпидемический паротит) у детей в условиях поликлиники. Капельные инфекции с синдромом экзантемы у детей в условиях поликлиники.		8		8	3	11		+	+		+	+	ЛПК ДИ	Т ЗС С Пр
3.10.Инфекционные заболевания с синдромом ангины у детей в условиях поликлиники.		8		8	3	11		+	+		+	+	ЛПК РД КЛ МГ КС	Т ЗС С Пр КЛ
3.11.Инфекционные диареи у детей в условиях поликлиники. Инфекционные заболевания с синдромом желтухи у детей в условиях поликлиники. Особенности наблюдения детей 1 года жизни с TORCH-инфекцией.		8		8	3	11		+	+		+	+	ЛПК Р КЛ МГ КС	Т Р С Пр КЛ
3.12.Иммунодефицитные состояния у детей в условиях поликлиники. Аллергические заболевания у детей в условиях поликлиники.		8		8	3	11		+	+		+	+	ЛПК КЛ МГ КС УИРС	Т Р С Пр КЛ
ИТОГОВОЕ ЗАНЯ-		6		6	1	7								Пр

IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ (Приложение 1)

1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО, В Т.Ч. РУБЕЖНОГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Выбрать один правильный ответ

1. ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ В

- а) 1 месяц
- б) 3 месяца
- в) 6 месяцев
- г) 1 год

Эталон ответа: б

2. НОРМАТИВ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОДНОМ ГОРОДСКОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ

- а) 1000 человек
- б) 800 человек
- в) 500 человек

Эталон ответа: б

3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА ДЕТЯМ, РОЖДЕННЫМ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ, ПРОВОДЯТСЯ

- а) по схеме 0-1-6 мес
- б) прививки противопоказаны
- в) по схеме 0-1-2-12 мес

Эталон ответа: в

Выбрать несколько правильных ответов

1. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ РЕБЁНКА В ДДУ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- а) анализ кала на дисбактериоз
- б) анализ периферической крови
- в) соскоб на энтеробиоз
- г) титр противокоревых антител

Эталон ответа: б в

2. К МЕРОПРИЯТИЯМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ПРОФИЛАКТИКУ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДОУ, ОТНОСЯТСЯ

- а) работа фильтра
- б) прием только здоровых детей
- в) изоляция заболевших детей
- г) текущая дезинфекция
- д) вакцинация
- е) обследование и наблюдение за контактными детьми
- ж) оценка физического развития

Эталон ответа: а б в г д е

3. ПРИ ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ К НОВОРОЖДЕННОМУ ПЕДИАТРУ ИЗ ОБМЕННОЙ КАРТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА (Ф-113У) ПОЛУЧАЕТ СВЕДЕНИЯ О ПРОВЕДЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

- а) против туберкулеза
 - б) против гепатита В
 - в) против полиомиелита
 - г) против коклюша
 - д) против краснухи
- Эталон ответа: а б

Критерии и шкала оценки:

- 70% и менее - *неудовлетворительно*
- 71-80% - *удовлетворительно*
- 81-90% - *хорошо*
- 91-100% - *отлично*

ПРИМЕР СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

ТЕМА: «КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ. ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ, ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА».

- 1) Факторы, определяющие здоровье.
- 2) Критерии, характеризующие здоровье.
- 3) Методика оценки физического развития: уровень физического развития, гармоничность, соматотип. Определение биологического возраста: сроки и порядок прорезывания молочных зубов, смена зубов.
- 4) Методика оценки и определение группы НПП; параметры поведения и их оценка.
- 5) Функциональное состояние органов и систем.
- 6) Резистентность организма, критерии оценки.
- 7) Наличие ВПР и хронических заболеваний.
- 8) Характеристика групп здоровья

Критерии и шкала оценки:

- **Отлично** - демонстрирует знание темы, свободно владеет терминологией. Отвечая на вопрос, может быстро и безошибочно проиллюстрировать ответ собственными примерами. Владеет аргументацией, грамотной, лаконичной, доступной и понятной речью.
- **Хорошо** - владеет содержанием вопроса, может провести анализ, но не всегда делает это самостоятельно без помощи преподавателя. Владеет терминологией, делая незначительные ошибки, сам может их исправить. Может подобрать соответствующие примеры, чаще из имеющихся учебных материалов. Хорошая аргументация, четкость, лаконичность ответов.
- **Удовлетворительно** - отвечает только на конкретный вопрос. Редко использует при ответе термины, подменяет одни понятия другими. С трудом может соотнести теорию и практические примеры. Слабая

аргументация, нарушенная логика при ответе, однообразные формы изложения мыслей.

- **Неудовлетворительно** – не знает ответа на конкретный вопрос.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

ЗАДАЧА 1.

У девочки 7 лет во время занятий в школе появились головная боль, озноб, боли в горле при глотании, рвота. Дежурная медицинская сестра при осмотре больной обнаружила повышенную температуру ($38,7^{\circ}\text{C}$), значительную гиперемию зева. Заподозрена ангина. В школу вызвана мать. На санитарной машине больную доставили домой. На дом вызван врач.

Осматривая больную во второй половине дня, участковый врач установил, что кроме резкой гиперемии зева (мягкого неба, миндалин, дужек) у девочки увеличены подчелюстные лимфатические узлы. Язык обложен сероватым налетом. На коже верхних конечностей, боковых поверхностях туловища, в нижней части живота видны элементы мелкоточечной яркой сыпи на фоне гиперемированной кожи. При опросе выяснилось, что 10 дней назад девочка посещала подругу, у которой болело горло.

Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.

- 1) Поставьте предварительный диагноз
- 2) Перечислите особенности сыпи
- 3) Тактика врача в данном случае. Система наблюдения за ребенком при отказе от госпитализации. Основные принципы лечения.

Ответ к ситуационной задаче

1. Скарлатина, типичная форма, средней тяжести.

2. Сыпь появляется на 1–2-й день болезни и носит мелкоточечный характер, располагается на гиперемированном фоне кожи. Элементы сыпи имеют цвет от нежно-розового до насыщенно-красного, иногда с петехиями. Может отмечаться небольшой зуд. Современная скарлатина протекает, как правило, в легкой форме, сыпь выражена очень слабо, располагается на бледном фоне. Высыпание начинается с шеи, верхней части груди и спины, быстро, в течение 1-го дня, распространяется по всему телу. Характерным является сгущение сыпи в естественных складках кожи и на боковых поверхностях туловища. На фоне ярко-розовых щек и лба может выделяться бледный носогубный треугольник («треугольника Филатова»). В конце первой недели сыпь угасает, оставляя после себя шелушение, которое заканчивается через 2–4 недели. На пальцах, ладонях и стопах шелушение имеет вид грубопластинчатого. Пигментации после скарлатинозной сыпи не бывает. При легких формах скарлатины и у детей раннего возраста шелушение выражено очень слабо или отсутствует.

3. При отсутствии показаний (тяжелое состояние, другие дети в квартире), ребенок лечится на дому; матери оформляется больничный лист по уходу.

Система наблюдения участковым врачом за больным скарлатиной: (при отказе от госпитализации):

1-я неделя - через день врач + медсестра;

2-я неделя - 2 раза врач + медсестра;

3-я неделя - 1 раз врач + медсестра.

Основные принципы лечения:

Постельный режим назначается на время острого периода.

Диета должна быть полноценной, с достаточным количеством витаминов, механически и химически щадящая, особенно в первые дни болезни (теплая, протертая не раздражающая пища, питье только теплое, горячее нельзя). Необходимо много пить для снижения интоксикации.

Этиотропная терапия проводится в течение 7 дней, препаратом выбора является пенициллин, из других антибиотиков назначают: рулид, амоксиклав, вепикомбин.

Гипосенсибилизирующая терапия: тавегил, супрастин и др.

Витамиотерапия.

Полоскание зева слабыми растворами антисептиков, настоями ромашки, эвкалипта, календулы и др.

В периоде реконвалесценции - общеукрепляющие средства и витаминотерапия.

ЗАДАЧА 2.

Мальчик 5 лет, с жалобами матери на заложенность носа, отечность и покраснение глаз, сухой, частый кашель, усиливающийся в утренние часы, периодически отмечается затрудненное, слышимое на расстоянии свистящее дыхание. Настоящий приступ затрудненного дыхания появился 2 часа назад, в связи, с чем была вызвана «скорая помощь».

Из анамнеза жизни известно, что у папы ребенка – поллиноз. На первом году жизни у ребенка была диагностирована пищевая аллергия. До 3-х лет жизни ОРВИ, ларинготрахеит наблюдались 4 раза в год. Год назад с августа по октябрь отмечались проявления ринита, конъюнктивита, периодические покашливания. Вышеперечисленные жалобы появились в конце лета.

Общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы с элементами аллергической сыпи (в области задних поверхностей голеней). Катаральный конъюнктивит. Носовое дыхание затрудненное, отделяемое необильное, прозрачное. Перкуторно над легкими – коробочный оттенок звука. Аускультативно – дыхание жесткое, выдох незначительно затруднен, выслушиваются сухие, свистящие хрипы над всей поверхностью. ЧДД – 38 в 1 мин. Со стороны других органов и систем патологии нет.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) План диагностических исследований.
- 3) План лечения.

Ответ к ситуационной задаче

1. Бронхиальная астма, приступный период (степень тяжести заболевания будет определена после оценки эффективности лечения).
2. Аллергологическое обследование (общий и специф. IgE), исследование функций внешнего дыхания. В межприступный период скарификационные пробы.
3. Базисное лечение противовоспалительная терапия (интал, тайлед), терапия приступа (ингаляции салбутамола или беродуала через небулайзер).

Критерии и шкала оценки:

- ***Отлично*** - Правильно выставлен диагноз. Задания выполнены полностью.
- ***Хорошо*** - Правильно выставлен диагноз. Задания выполнены с незначительными погрешностями.
- ***Удовлетворительно*** – Диагноз сформулирован неточно. Не может применить теоретические знания при решении задачи.
- ***Неудовлетворительно*** – Диагноз выставлен неверно.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (УМЕНИЙ), КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ОСВОИТЬ СТУДЕНТУ:

- Собрать анамнез жизни и заболевания ребенка.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) детей различного возраста.

- Диагностировать наиболее часто встречающиеся заболевания у детей и подростков и состояний, угрожающие жизни ребенка.
- Провести первичный туалет новорожденного.
- Владеть техникой ухода за пупочной ранкой, кожей, ушами, слизистой глаз, носа, полости рта.
- Проводить расчет питания здоровым детям находящимися на естественном, искусственном и смешанном вскармливании
- Проводить профилактику гипогалактии в условиях поликлиники.
- Оценить клинические и биохимические анализы крови, ликвора, анализы мочи, результаты бактериологических посевов.
- Оценить результаты рентгенографического исследования органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, рН-метрии желудка, ЭКГ.
- Назначить лечение при наиболее часто встречающихся заболеваниях детей и подростков.
- Провести экспертизу временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком с оформлением листка временной нетрудоспособности.
- Провести комплексную оценку уровня здоровья ребенка по всем факторам определяющим здоровье и критериям его характеризующим с выделением группы здоровья.
- Назначить индивидуальный режим детям от 1 месяца до 3-х лет.
- Составить индивидуализированный график профилактических прививок ребенку, согласно Национальному календарю прививок.
- Выписать рецепт на основные лекарственные средства, применяемые при амбулаторной помощи.
- Составить план диспансерного наблюдения за здоровым ребенком в различные возрастные периоды.
- Составить план диспансерного наблюдения за ребенком с хронической патологией..

Критерии и шкала оценки:

- **«зачтено»** - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
- **«не зачтено»** - студент не знает методики выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания и назначении лечения.

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1 КУРСОВОЙ ЭКЗАМЕН проводится в конце XI семестра, который устроен по 3-х этапному принципу:

- I Этап - задания в тестовой форме (50 вопросов);
- II Этап – прием практических навыков и умений (алгоритм решения клинической ситуации; оформление медицинской документации; интерпретация результатов клинических исследований).
- III Этап – собеседование по 1-ой ситуационной задаче.

Критерии оценки

- Тестовый контроль знаний студента по дисциплине (критерий оценки – «зачтено» при правильном ответе более, чем 70%).
- Прием практических навыков и умений – критерий оценки «зачтено» или «не зачтено».
- Собеседование по интерактивной ситуационной задаче – критерии оценки:
 - «отлично»
 - «хорошо»
 - «удовлетворительно»
 - «неудовлетворительно»

Итоговая оценка выставляется с учетом всех этапов промежуточной аттестации.

ВОПРОСЫ К КУРСОВОМУ ЭКЗАМЕНУ

1. Структура и организация работы детской поликлиники.
2. Основные задачи и направления деятельности ДП.
3. Участковый принцип медицинской помощи детям и подросткам. Основные направления работы участкового педиатра.
4. Медицинская этика и деонтология в практике педиатра. Врачебная тайна.
5. Порядок выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.
6. Предконцепционный период, его роль в формировании здоровья будущего ребёнка. Дородовые патронажи.
7. Роль наследственности в формировании здоровья ребёнка. Количественная и качественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза.
8. Биологический и социальный анамнез, их оценка.

9. Группы направленного риска у детей первого года жизни.
10. Критерии, определяющие здоровье.
11. Оценка физического развития у детей.
12. Оценка биологического возраста у детей.
13. Оценка нервно-психического развития, поведения ребенка.
14. Резистентность организма, критерии оценки.
15. Характеристика групп здоровья.
16. Первичный врачебно-сестринский патронаж к новорожденному.
17. Оценка состояния здоровья новорожденного. Пограничные состояния новорожденного.
18. Гипогалактия: профилактика и лечение.
19. Диспансерное наблюдение за здоровым ребенком в течение 1 года жизни (приказ №1346).
20. Дифференцированное наблюдение за детьми из групп направленного риска.
21. Особенности наблюдения за недоношенными детьми в амбулаторно-поликлинических условиях.
22. Диспансеризация здоровых детей от 1 до 3 лет (приказ №1346).
23. Диспансеризация детей дошкольного возраста (приказ №1346).
24. Врачебные рекомендации на профилактическом приеме (режим, вскармливание, физическое воспитание и т.д.)
25. Вскармливание детей 1 года жизни. Способы расчета количества молока.
26. Продукты прикорма. Правила и сроки введения прикормов у детей первого года жизни.
27. Искусственное вскармливание здоровых детей 1 года жизни. Современные заменители женского молока.
28. Вскармливание детей с функциональными нарушениями кишечника.
29. Вскармливание детей с синдромом мальабсорбции.
30. Вскармливание детей с аллергическими заболеваниями.
31. Гипо- и паратрофии у детей: диагностика, лечение, профилактика.
32. Анемии у детей раннего возраста: диагностика, лечение и профилактика.
33. Рахит и спазмофилия у детей: диагностика, лечение, профилактика.
34. Национальный календарь профилактических прививок.
35. Противопоказания к проведению вакцинации.
36. Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья.
37. Реакции на профилактические прививки. Сильные реакции и осложнения при проведении вакцинации.
38. Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения (ОМПДПОУ). Типы дошкольных детских учреждений.
39. Функциональные обязанности врача детского дошкольного учреждения.
40. Подготовка детей к поступлению к детскому дошкольному учреждению. Критерии адаптации.
41. Организация и проведение плановых профилактических осмотров в детском дошкольном учреждении.
42. Параметры базовой и расширенной скрининг-программы при проведении профилактических осмотров в детском дошкольном учреждении.
43. Медицинский контроль за физическим воспитанием в детском дошкольном учреждении. Физкультурные группы, закаливание.
44. Медицинский контроль за питанием детей в детском дошкольном учреждении.
45. Специфическая и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний в детском дошкольном учреждении.
46. Медицинское обслуживание школьников. Функциональные обязанности школьного врача.
47. Определение готовности детей к школе.
48. Адаптация ребенка к школе, критерии адаптации. Дезадаптация.
49. Организация и проведение плановых профилактических осмотров в школах. Скрининг-обследование.
50. Медицинский контроль за учебным процессом в школе.

51. Медицинский контроль за питанием в школе.
52. Медицинский контроль за физическим воспитанием в школе.
53. Особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи подросткам.
54. Морфофункциональные особенности подросткового возраста. Половое развитие и оценка половой зрелости.
55. Психосоциальная адаптация подростков. Социализация подростков.
56. Врачебно-профессиональное консультирование подростков (форма 086/у).
57. Диспансерное наблюдение за детьми по форме №30/у.
58. Санаторно-курортное лечение детей: показания, противопоказания, порядок оформления документации.
59. Структура смертности плодов и детей различного возраста. Управляемые причины смерти.
60. Показания для оформления инвалидности у детей.
61. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесших острую пневмонию.
62. Диспансерное наблюдение за детьми с рецидивирующим бронхитом.
63. Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой.
64. Профорientация детей с заболеваниями органов дыхания.
65. Диспансерное наблюдение за детьми с ревматизмом.
66. Диспансерное наблюдение за детьми с неревматическими кардитами.
67. Диспансерное наблюдение за детьми с врожденными пороками сердца.
68. Диспансерное наблюдение за детьми с вегето-сосудистой дистонией.
69. Профорientация детей с заболеваниями органов кровообращения.
70. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.
71. Диспансерное наблюдение за детьми с дискинезиями желчевыводящих путей.
72. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим колитом, энтероколитом.
73. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гепатитами.
74. Профорientация детей с заболеваниями органов пищеварения.
75. Диспансерное наблюдение за детьми с пиелонефритом.
76. Диспансерное наблюдение за детьми с гломерулонефритом.
77. Диспансерное наблюдение за детьми с сдсметаболическими нефропатиями.
78. Профорientация детей с заболеваниями органов мочевого выделения.
79. Диспансерное наблюдение за детьми с лейкозами.
80. Диспансерное наблюдение за детьми с геморрагическими диатезами.
81. Диспансерное наблюдение за детьми с анемиями.
82. Диспансерное наблюдение за детьми с синдромом гипергликемии.
83. Диспансерное наблюдение за детьми с гипотиреозом.
84. Диспансерное наблюдение за детьми с ожирением.
85. Диспансерное наблюдение за детьми с гипофизарной карликовостью.
86. Профорientация детей с заболеваниями крови.
87. Профорientация детей с заболеваниями эндокринной системы.
88. Организация наблюдения за детьми с инфекционными заболеваниями на участке. Экстренное извещение в СЭС.
89. Показания и порядок проведения плановой и экстренной госпитализации.
90. Дифференциальная диагностика ОРВИ в условиях поликлиники.
91. Дифференциальная диагностика вирусных и бактериальных респираторных заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях.
92. Лечение ОРВИ на дому. Показания к госпитализации.
93. Часто болеющие дети. Принципы оздоровления.
94. Коклюш, паракклюш: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.
95. Эпидемический паротит: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.
96. Ветряная оспа: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.

97. Корь: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.
98. Краснуха: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.
99. Скарлатина: тактика ведения на педиатрическом участке. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
100. Менингококковая инфекция: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.
101. Синдром ангины у детей. Дифференциальная диагностика, тактика ведения на педиатрическом участке.
102. Дифтерия: тактика ведения на педиатрическом участке. Активная иммунизация.
103. Инфекционный мононуклеоз: тактика ведения на педиатрическом участке.
104. Тонзилломикозы: тактика ведения на педиатрическом участке.
105. Инвазивные диареи (сальмонеллез, шигеллез): тактика ведения на педиатрическом участке, профилактика. . Вирусные диареи: тактика ведения на педиатрическом участке, профилактика.
106. Синдром желтухи у детей грудного возраста. Дифференциальная диагностика, тактика ведения на педиатрическом участке.
107. Особенности наблюдения детей 1 года жизни с TORCH-инфекцией.
108. Вирусные гепатиты А и Е: тактика ведения на педиатрическом участке.
109. Вирусные гепатиты В и С: тактика ведения на педиатрическом участке.
110. Иммунодефицитные состояния у детей. Дифференциальная диагностика, тактика ведения на педиатрическом участке.
111. СПИД – эпидемиологические и социальные аспекты, ранняя диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
112. Группа герпетических инфекций, тактика ведения на педиатрическом участке.
113. Вакцинация детей с иммунодефицитными состояниями.
114. Перинатальными поражениями нервной системы у детей: тактика ведения на педиатрическом участке.
115. Лихорадка у детей. Дифференциальная диагностика, экстренная терапия, тактика ведения на догоспитальном этапе.
116. Аллергические заболевания у детей (пищевая аллергия, респираторные аллергозы): тактика ведения на педиатрическом участке.
117. Синдром Лайелла, сывороточная болезнь: диагностика, экстренная терапия, тактика ведения на догоспитальном этапе.
118. Приступ бронхиальной астмы: диагностика, экстренная терапия, тактика ведения на догоспитальном этапе.

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Выбрать один правильный ответ:

№1	ДОКУМЕНТЫ, КОТОРЫЕ БУДУТ СОПРОВОЖДАТЬ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ЕГО НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
А*	талон для направления на госпитализацию (ф. 028/у); выписка из истории развития (ф. 027/у)
Б	талон для направления на госпитализацию (ф. 028/у)
В	выписка из истории развития (ф. 027/у); экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.058/у).

Г	история развития ребенка (ф. 112/у); экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.058/у).
№2	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОКУМЕНТЫ, СПЕЦИФИЧНЫЕ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ, КОТОРЫЕ ЗАПОЛНЯЕТ ПЕДИАТР В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ
А*	экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.058/у); лист учета работы в очаге инфекционного заболевания
Б	лист учета работы в очаге инфекционного заболевания; история развития ребенка (ф. 112/у); талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у).
В	экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.058/у); талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у).
Г	экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.058/у); лист учета работы в очаге инфекционного заболевания, листок временной нетрудоспособности.
№3	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОКУМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ОФОРМЛЯЕТ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ
А*	история развития ребенка (ф. 112/у); листок временной нетрудоспособности; справка, разрешающая посещение ДДУ или школы.
Б	листок временной нетрудоспособности; справка, разрешающая посещение ДДУ или школы.
В	история развития ребенка (ф. 112/у); листок временной нетрудоспособности; справка, разрешающая посещение ДДУ или школы; талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у).
Г	история развития ребенка (ф. 112/у); листок временной нетрудоспособности; справка, разрешающая посещение ДДУ или школы; выписка из истории развития (ф. 027/у).
№4	ДОКУМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ОФОРМЛЯЕТ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
А*	история развития ребенка (ф. 112/у); талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у); книга записи вызовов врача на дом (ф.031/у).
Б	история развития ребенка (ф. 112/у); книга записи вызовов врача на дом (ф.031/у).
В	история развития ребенка (ф. 112/у); талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у).
Г	история развития ребенка (ф. 112/у); книга записи вызовов врача на дом (ф.031/у); справка, разрешающая посещение ДДУ или школы; выписка из истории развития (ф. 027/у).
№5	РЕБЕНОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОВТОРНО ВАКЦИНИРОВАН БЦЖ, ЕСЛИ В 12 МЕСЯЦЕВ НА МЕСТЕ ПРЕДЫДУЩЕЙ ВАКЦИНАЦИИ
А*	рубец отсутствует
Б	рубец 2 мм.
В	рубец 5 мм.
Г	пустула 7 мм

Критерии и шкала оценки:

- 70% и менее – *неудовлетворительно (не зачтено)*
- 71-80% - *удовлетворительно (зачтено)*
- 81-90% - *хорошо (зачтено)*
- 91-100% - *отлично (зачтено)*

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Задача №1	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие	У девочки 9 лет развились катаральные явления (сухой кашель, слизистые выделения из носа, гиперемия зева), повысилась температура до 37,4°C. Через неделю катаральные явления стали уменьшаться. Однако субфебрильная температура (37°C) сохранялась, кашель участился, стал влажным, иногда приступами. Серия кашлевых толчков прерывалась свистящим звучным вдохом. Иногда в конце приступа кашля возникала рвота. Вызванный на дом врач нашел состояние девочки удовлетворительным. Кашля во время посещения больной не было. Зев слегка гиперемирован, чистый. Кожа нормальной окраски. В легких выслушивались рассеянные сухие хрипы и единичные влажные крупнопузырчатые в паравертебральных областях. Одышки не наблюдалось. Видны несколько мелких кровоизлияний на коже лица. Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.
Вопрос 1	Ваш предполагаемый диагноз.
Эталон	Коклюш, спазматический период.
Вопрос 2	Какими дополнительными методами исследования можно обосновать диагноз.
Эталон	Клинический анализ крови (лейкоцитоз и лимфоцитоз). Эпидемиологический анамнез, бактериологическое исследование глоточной слизи для выявления коклюшных бактерий (забор тампоном или методом «кашлевых пластинок») или люминисцентно-серологическое исследование глоточной слизи и мокроты.
Вопрос 3	Проведите дифф. диагностику данного заболевания с ОРВИ.
Эталон	В отличие от ОРВИ катаральные явления и интоксикация выражены меньше, температура ниже, кашель не стихает параллельно уменьшению катаральных явлений, а наоборот нарастает. Появляется приступообразный кашель с репризами, характерен лейкоцитоз с лимфоцитозом.
Вопрос 4	Перечислите возможные осложнения.
Эталон	Специфические осложнения: апноэ, нарушение мозгового кровообращения, эмфизема, пневмоторакс. Неспецифические осложнения: бронхит, пневмония, отит, наслоение интеркуррентных заболеваний, обострение хронической патологии.
Вопрос 5	Назначьте лечение
Эталон	Лечение на дому. Режим с обязательными индивидуальными прогулками на свежем воздухе. Оптимальна для прогулок температура от + 10 до -5 С, продолжительность – от 30 мин. до 1,5 – 2 час. Диета механически щадящая. Антибактериальная терапия (макролиды: эритромицин, рулид, сумамед, клацид) 5 - 7 дней. Лечение пенициллином, оксациллином при коклюше неэффективно. Препараты, подавляющие кашель - либексин, тусупрекс, синекод, пакселадин. На ночь седативные средства. Дыхательная гимнастика и массаж.

Задача №2	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие	<p>Андрей Г., 2г. 3месяца. Впервые поступил в детское дошкольное учреждение. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом, гипотонией в первой половине, ОРЗ – в 30 недель. Роды быстрые, раннее излитие вод, стимуляция. Гестационный возраст – 38 недель. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса – 3450г., длина – 51см. В периоде новорожденности – госпитализация по поводу подозрения на кишечную инфекцию. На искусственном вскармливании с 8 месяцев. С 10 месяцев страдает проявлениями пищевой аллергии. Болеет редко (1-2 раза в год). На диспансерном учете не состоял. С первых месяцев жизни отмечались отклонения в поведении в виде нарушения сна (длительное засыпание), повышенной возбудимости, раздражительности. Невропатологом не наблюдался. Генеалогический индекс – 1,1. Отмечается выраженная отягощенность генеалогического анамнеза заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Тетя по линии отца страдает шизофренией. Социальный анамнез благополучный.</p> <p>В 2 г. 3 мес. длина – 86 см, масса тела 11,8 кг, окружность грудной клетки – 49 см. Мальчик понимает несложный сюжет по картинке, отвечая на вопросы взрослого «что здесь нарисовано?», понимает короткий рассказ о событиях, знакомых ребенку по опыту; обобщает предметы по существенным признакам в активной речи; мальчик использует предложения из 3–4 слов; подбирает по образцу предметы, отличая от других сходных по форме; ориентируется в 3–4 величинах предметов; подбирает по образцу 3 контрастных цвета; в игре воспроизводит ряд последовательных действий; перешагивает через препятствие чередуя шаг; поднимается на высоту 15–20 см и спускается с нее; частично раздевается с небольшой помощью взрослого.</p> <p>В первый день пребывания в ДДУ спокоен, выраженная ориентировочная активность. <u>К 2-4 дню</u> появились такие симптомы, как бледность и мраморность кожных покровов, синева под глазами, увеличение регионарных лимфоузлов. Конечности влажные, холодные. Малоподвижен. Скван. Почти не плачет. <u>8-16 день</u> – очень напряжён. Тянется к взрослому, держится за его руку, не отпускает. При плаче выражен тремор подбородка и рук. Длительно засыпает. Сон беспокойный, прерывистый. Проявления экссудативно-катарального диатеза на лице. Выражена бледность, мраморность кожных покровов. Конечности холодные. Сердечные тоны приглушены, брадикардия. Получает настой валерианы и пустырника. <u>32 день</u>. Все симптомы сохраняются. Усилились проявления экссудативно-катарального диатеза на лице. <u>64 день</u>. Ребенок направлен на консультацию невропатолога. Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи (результаты прилагаются). По назначению невропатолога получает соннапакс, но невротические реакции сохраняются.</p> <p>Врач ДДУ вызвала родителей и сказала, что их ребенок «не детсадовский», что с «такой наследственностью и не стоило пытаться водить его в детский сад» и что родители будут сами виноваты, если у ребенка в дальнейшем ухудшится здоровье. Мальчик был выведен из дошкольного учреждения и будет воспитываться в домашних условиях.</p>
Вопрос 1	Оцените течение адаптации по тяжести и течению.
Эталон	Тяжелое течение адаптации (выраженные отклонения, требующие медикаментозной коррекции и консультации психоневролога) в виде функциональных нарушений ЦНС (отклонения в поведении и соматовегетативном статусе), подострое течение (более 32 дней), стадия выраженных клинических проявлений.
Вопрос 2	Какие данные анамнеза можно использовать для прогноза адаптации у данного ребенка?
Эталон	Прогноз течения и тяжести адаптации у данного ребенка можно сделать на основании

	выраженного неблагополучия биологического анамнеза (группа риска по биологическому анамнезу), высокой отягощённости генеалогического анамнеза (генеалогический индекс 1,1), группа риска по генеалогическому анамнезу с преобладанием в родословной сердечно-сосудистой и психоневрологической патологии, отклонений в поведении у ребенка, отмечаемых с первых месяцев жизни.
Вопрос 3	Какие ошибки были допущены педиатром при направлении ребенка в дошкольное учреждение?
Эталон	Ребенок во время не был проконсультирован невропатологом при наличии жалоб на отклонения в поведении с первых месяцев жизни. При направлении в дошкольное учреждение не был проведен прогноз течения адаптации. Отсутствовала подготовка ребенка к поступлению в дошкольное учреждение; исходя из прогноза адаптации не ставился вопрос об отсрочке времени поступления в ДДУ. Родители не были поставлены в известность о возможном тяжелом течении адаптации у ребенка и ее негативных последствиях для состояния здоровья.
Вопрос 4	Какие ошибки были допущены педиатром при направлении ребенка в дошкольное учреждение?
Эталон	Не проведена работа по подготовке ребенка в ДДУ, которая осуществляется участковым педиатром, участковой мед. сестрой, медицинской сестрой КЗР в соответствии с «Инструкцией о подготовке детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение» и состоит из общей и специальной подготовки. <u>Общая</u> подготовка: проведение мероприятий по профилактическому обслуживанию детей начиная с периода новорожденности в декретированные сроки (комплексная оценка состояния здоровья с определением группы здоровья и назначение рекомендаций по режиму, питанию, физическому воспитанию, проф. прививкам, профилактике пограничных состояний, назначение диспансеризации, лабораторных и дополнительных исследований, необходимой медикаментозной терапии, воспитательных воздействий. <u>Специальная</u> подготовка начинается примерно за год до поступления в ДДУ и включает: 1) сан.-просвет. работу участковой мед. сестры, медицинского персонала КЗР с родителями (беседы по вопросам подготовки детей к поступлению в ДДУ); 2) диспансеризацию детей у врачей-специалистов и проведение лабораторных исследований, осмотр у участкового педиатра за 2–3 месяца до поступления в ДДУ; 3) оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня их здоровья.
Вопрос 5	Как часто педиатр ДДУ должен проводить осмотр вновь поступивших в детское учреждение детей в период адаптации.
Эталон	В период адаптации врач ДДУ осматривает вновь поступивших в возрасте до 3-х лет — 1 раз в 5–6 дней, старше 3-х лет — 1 раз в 10–12 дней.

Критерии и шкала оценки:

- **Отлично** - Правильно выставлен диагноз. Задания выполнены полностью.
- **Хорошо** - Правильно выставлен диагноз. Задания выполнены с незначительными погрешностями.
- **Удовлетворительно** – Диагноз сформулирован неточно. Не может применить теоретические знания при решении задачи.
- **Неудовлетворительно** – Диагноз выставлен неверно.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (УМЕНИЙ), КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ОСВОИТЬ СТУДЕНТУ:

- Собрать анамнез жизни и заболевания ребенка.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) детей различного возраста.
- Диагностировать наиболее часто встречающиеся заболевания у детей и подростков и состояний, угрожающие жизни ребенка.
- Провести первичный туалет новорожденного.
- Владеть техникой ухода за пупочной ранкой, кожей, ушами, слизистой глаз, носа, полости рта.
- Проводить расчет питания здоровым детям находящимися на естественном, искусственном и смешанном вскармливании
- Проводить профилактику гипогалактии в условиях поликлиники.
- Оценить клинические и биохимические анализы крови, ликвора, анализы мочи, результаты бактериологических посевов.
- Оценить результаты рентгенографического исследования органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, рН-метрии желудка, ЭКГ.
- Назначить лечение при наиболее часто встречающихся заболеваниях детей и подростков.
- Провести экспертизу временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком с оформлением листка временной нетрудоспособности.
- Провести комплексную оценку уровня здоровья ребенка по всем факторам определяющим здоровье и критериям его характеризующим с выделением группы здоровья.
- Назначить индивидуальный режим детям от 1 месяца до 3-х лет.
- Составить индивидуализированный график профилактических прививок ребенку, согласно Национальному календарю прививок.
- Выписать рецепт на основные лекарственные средства, применяемые при амбулаторной помощи.
- Составить план диспансерного наблюдения за здоровым ребенком в различные возрастные периоды.
- Составить план диспансерного наблюдения за ребенком с хронической патологией..

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Задание №1

ДАН ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, ОПРЕДЕЛИТЕ ВОЗРАСТ

WBC, *10 ⁹ /л	16,7
RBC, *10 ¹² /л	6,5
HGB, г/л	212
HCT, %	60
PLT, *10 ⁹ /л	200

РСТ, % (норма 0,15-0,4%)	0,3	
RDW, % (норма 11,5-14,5 %)	20	
MCV, фл (норма 80-100 фл)	130	
MCH, пг (норма 27-31 пг)	35	
MCHC, г/дл (норма 30-38 % г/дл)	43	
МОНОЦИТЫ, %	7	
НЕЙТРОФИЛЫ, %	миелоциты	1
	юные	3
	палочкоядерные	5
	сегментоядерные	61
ЭОЗИНОФИЛЫ, %	2	
ЛИМФОЦИТЫ, %	21	
БАЗОФИЛЫ, %	0	
СОЭ- 2 мм\ч		

Задание №2

ДАЙТЕ ИНТЕРПРЕТАЦИЮ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ, МАЛЬЧИК 4 МЕС.

Доставленное количество	50,0
Цвет	желтый
Удельный вес	1006
Прозрачность	мутная
Белок	0,099‰
Реакция	щелочная
Сахар	-
Ацетон	-
Осадок	активные лейкоциты 4-6 в п\зр.
Микроскопия осадка	
Эпителиальные клетки:	
Плоские	1-2 в п\зр
Полиморфные	-
Лейкоциты	сплошь покрывают все поля зрения
Эритроциты	2-3 в п\зр
Цилиндры:	
Гиалиновые	-
Зернистые	-
Восковидные	-
Клетки почечного эпителия	-
Соли	-
Слизь	Умеренное количество
Бактерии	Большое количество

Задание №3

ПРОВЕДИТЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ.

Эталон ответа.

Противоэпидемические мероприятия:

1. Изоляция больного с момента заболевания до выздоровления (до 5-го дня после последнего подсыпания). В среднем изоляция прекращается через 10 дней от момента высыпания.
2. Разобщение контактных: разобщение не болевших детей в возрасте до 7 лет с 11-го по 21-й день от момента контакта. При повторных случаях заболевания в детском учреждении разобщение не применяется. Контактных следует ежедневно осматривать для выявления сыпи и проводить термометрию.
3. Карантин в коллективе 21 день.
4. Дезинфекция не проводится, достаточно ежедневной влажной уборки и частого проветривания помещения.

Задание №4

ПО ПРЕДЛОЖЕННОЙ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (Ф. 112/У) ПРОВЕСТИ КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ (ВОЗРАСТ РЕБЕНКА 12 МЕС.)

Эталон ответа.

Группа здоровья – 2 (3 группа НПР, очень высокая масса тела, низкая резистентность) или 3 группа здоровья (очень высокая масса тела - группа диагностики по физическому развитию).

Отягощенный биологический анамнез: выкидыш, токсикоз 1-ой половины беременности, анемия беременных, раннее искусственное вскармливание.

Отягощенный генеалогический анамнез (ИГО – 1,3).

Отягощенный социальный анамнез – пассивное курение, недостаточная жилплощадь.

Физическое развитие: длина - 3, масса – 8, ОГК – 5 коридор. Очень высокая масса при длине ниже среднего. Уровень физического развития ниже среднего. Резко дисгармоничное развитие, макросоматотип.

НПР: 3 группа, задержка 1 степени (ДО - 2, АР - 2).

Резистентность: низкая (0,33).

Функциональное состояние: хорошее.

Задание №5

У ЛЕБЕДЕВОЙ ГАЛИНЫ ПЕТРОВНЫ, 26 ЛЕТ, БУХГАЛТЕРА ЗАО «РИТМ» 1.05.2010 Г. ЗАБОЛЕЛ 3-Х ЛЕТНИЙ СЫН МАКСИМ. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДИАГНОСТИРОВАЛ ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ. ОТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МАТЬ ОТКАЗАЛАСЬ. РЕБЕНОК ЛЕЧИЛСЯ АМБУЛАТОРНО В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №1 МУЗ ГКБ № 6. 08.05 СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА УХУДШИЛОСЬ И РЕБЕНОК БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН ВМЕСТЕ С МАТЕРЬЮ В СТАЦИОНАР ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ГКБ № 6. СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЛОСЬ 12 ДНЕЙ, ПОСЛЕ ЧЕГО РЕБЕНОК БЫЛ ВЫПИСАН ИЗ СТАЦИОНАРА С ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ.

ОФОРМИТЕ МАТЕРИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ.

Эталон ответа.

Больничный лист по уходу за больным ребенком младше 7 лет выдается маме с момента обращения на весь период острого заболевания.

Критерии и шкала оценки:

- **«зачтено»** - студент владеет основными методиками выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
- **«не зачтено»** - студент не владеет методиками выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания и назначении лечения.

Критерии итоговой оценки промежуточного контроля знаний:

При оценке знаний студентов в ходе промежуточного контроля (экзамена) учитываются: итоговая оценка тестирования, оценка практических навыков, решение интерактивной ситуационной задачи и ответы на экзаменационные вопросы для промежуточной аттестации.

Отлично - демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком, осуществляет изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеет современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины. Может быстро и безошибочно проиллюстрировать ответ собственными примерами. Владеет аргументацией, грамотной, лаконичной, доступной и понятной речью.

Хорошо - владеет содержанием дисциплины, может провести анализ, но не всегда делает это самостоятельно без помощи преподавателя. Владеет терминологией, делая ошибки, сам может их исправить. Может подобрать соответствующие примеры, чаще из имеющихся учебных материалов. Хорошая аргументация, четкость, лаконичность ответов.

Удовлетворительно - отвечает только на конкретный вопрос. Редко использует при ответе термины, подменяет одни понятия другими. С трудом может соотнести теорию и практические примеры. Слабая аргументация, нарушенная логика при ответе, однообразные формы изложения мыслей.

Неудовлетворительно – не знает ответа на конкретный вопрос или допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера..

2.2 ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины проводится в форме двухэтапного зачета.

Этапы зачета:

- практические навыки и умения (1 этап) – проводится в конце цикла в течение семестра
- тестирование (2 этап) – проводится в конце семестра в компьютерном классе в установленные сроки

Критерии оценки освоения практических навыков и умений

«зачтено» - студент обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

«не зачтено» - студент не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки 2 этапа (тестирование в компьютерном классе)

Из 60 предложенных заданий в тестовой форме за 60 минут студентом даны правильные ответы:

- 70% и менее - оценка **«не зачтено»**
- 71% и более – оценка **«зачтено»**

КРИТЕРИИ ИТОГОВОЙ ОЦЕНКИ:

Итоговая оценка **«зачтено»** выставляется при условии прохождении 1 и 2 этапов зачета с оценкой **«зачтено»**.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая гос.аттестация проводится в виде собеседования по ситуационной задаче (Приложение 1).

ПРИМЕР СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Задача №1. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мать с мальчиком 6 месяцев пришла на очередной профилактический прием в поликлинику для решения вопроса о проведении вакцинации.

Из анамнеза: мальчик от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза II половины. Первый ребенок здоров. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, ростом 53 см, окружностью головы 35 см, окружностью груди 34 см. Закричал сразу. В роддоме привит. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев, затем цельное коровье молоко. Кормится 5 раз, съедает по 180-200 граммов на одно кормление. Профилактика рахита не проводилась. В 1 месяц проведена вторая вакцинация от гепатита Б. В 3 месяца сделана прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 и 5 месяцев на профилактический прием не явились. В течение последнего месяца мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от пеленки резкий запах аммиака.

Физическое развитие: рост 64 см, масса тела 7500, окружность головы 42 см, окружность груди 43 см. **Нервно-психическое развитие:** поворачивается со спины на живот, свободно берет игрушку из разных положений, длительно гулит, снимает пищу губами с ложки.

При осмотре: определяется уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 3 x 3 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, распластаный. Печень +3 см, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: WBC $7,9 \cdot 10^3/\text{mm}^3$; RBC $3,9 \cdot 10^6/\text{mm}^3$; HGB 11,4 g/dl; HCT 36 L %; PLT $272 \cdot 10^3/\text{mm}^3$; PCT 332 %; MCV 78 L μm^3 ; MCH 27 Lpg; MCHC 35,8 Hg/dl; RDW 13,6 L %; MPV 9,7 μm^3 ; PDW 12,4 %; %LYM 60; %MON 4; %GRA 36 (эозинофилы – 2%, п/я- 2% с/я- 32); ЦП 0,9; СОЭ 8 мм/ч. **Общий анализ мочи:** цвет – желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1016, прозрачность – полная, эпителиальные клетки 0-1 в п/зр., лейкоциты 0-1 в п/зр. **Кальций крови:** 2,1 ммоль/л (норма 2,3-2,8 ммоль/л). **Фосфор крови:** 1,2 ммоль/л (норма 1,3-1,8 ммоль/л).

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, определите группу здоровья, группы риска, проведите дифференциальный диагноз.
2. Оцените физическое, нервно-психическое развитие и вскармливание.
3. Назначьте лечение и дайте рекомендации родителям по уходу за ребенком, его реабилитации.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Решите вопрос о проведении вакцинации.

Ответ к ситуационной задаче

1. Диагноз: Рахит II степени тяжести, острое течение, период разгара. Группа здоровья III. Группы риска I. (III – реализовалась).
2. Уровень развития ниже среднего, гармоничное, мезсоматотип. НПР 2 группа (поворачивается со спины на живот – на 5 месяцев).
Вскармливание неадаптированное.

3. Физиологический режим №3, прогулки на открытом солнце, массаж.

Номер режима	Возраст	Кормление		Бодрствование (максимальная длительность в часах)	Кол-во периодов дневного сна	Сон	
		количество в сутки	перерывы между кормлениями (в часах)			дневной (длительность каждого периода сна в часах)	ночной (длительность в часах)
III	От 5–6 до 9 мес.	5	4	2 – 2,5	3	2 – 1,5	10–11

Пример рационального вскармливания:

6 :00 НАН 2 - 200мл

10:00 овощное пюре – 150 мл, мясное пюре – 30 мл, сок – 50мл, творог – 30,0 гр.

14:00 НАН 2 – 200 мл, фруктовое пюре – 40мл.

18:00 10% гречневая каша – 180 мл.

22:00 НАН 2 – 200 мл.

Аквадетрим 2000 МЕ 1 раз в сутки под контролем уровня Са и Р в крови.

Проба Сулковича на период назначения лечебной дозы вит Д 1 раз в 2 недели.

Витамины А, группы В, С в возрастных дозировках.

4. Педиатр – в декретированные сроки.

Уровень Са и Р в крови после выздоровления 1-2 раза в год.

Д наблюдение по ф 30 3 года.

С учетом имеющейся 1 группы риска – контроль неврологического статуса, невролог – ежеквартально на первом году жизни.

5. Данное заболевание не является противопоказанием к вакцинации. Профилактические прививки согласно приказу МЗ РФ 125н от 2014 года.

Критерии и шкала оценки:

- **Отлично** - Правильно выставлен диагноз. Задания выполнены полностью.
- **Хорошо** - Правильно выставлен диагноз. Задания выполнены с незначительными погрешностями.
- **Удовлетворительно** – Диагноз сформулирован неточно. Не может применить теоретические знания при решении задачи.
- **Неудовлетворительно** – Диагноз выставлен неверно.

V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

а). Основная литература:

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / А. С. Калмыкова [и др.] ; ред. А. С. Калмыкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.

Электронный ресурс:

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник для студентов мед. вузов [Электронный ресурс] / А. С. Калмыкова [и др.] ; ред. А. С. Калмыкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426487.html?SSr=25013379af16660b2dd35782801195>

б). Дополнительная литература:

1. Основы формирования здоровья детей [Текст] : учеб. для студ. мед. вузов / Л.А. Жданова [и др.]; под ред. Л.А. Ждановой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с.

2. Запруднов А.М. Детские болезни [Электронный ресурс]: учеб.: в 2 т. Т.1 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с.

Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html?SSr=040133789b0857708e7657828011959>

3. Запруднов А.М. Детские болезни [Электронный ресурс] : учеб.: в 2 т. Т.2 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 752 с. –

Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424223.html?SSr=040133789b0857708e7657828011959>

4. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой, В. И. Макаровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 680 с.-

Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421642.html?SSr=44013379b2095109989d57828011959>

5. Основы формирования здоровья детей [Текст]: учебное пособие /ред. В.А.Шашель. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. - 382 с.

2. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

1. «Поликлиническая педиатрия» [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ Тверской гос. мед. ун-т; сост.: Ю. А. Алексеева [и др.] – Тверь: [б.и.], 2018. – 280 с.

Режим доступа: <http://www.tvergma.ru/kaf/>,

2. Помощник врача детской поликлиники [электронный ресурс]: методические рекомендации для студентов при проведении производственной практики/ Тверской гос. мед. ун-т; сост.: Ю. А. Алексеева, Э. С. Акопов, А. Б. Барашкова. – Тверь: [б.и.], 2018. – 72 с.

Режим доступа: <http://www.tvergma.ru/kaf/>

3. Пропедевтика детских болезней + CD [Электронный ресурс]: учеб. / под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 464 с.

Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423936.html?SSr=25013379af16660b2dd357828011959>

4. Электронные версии медицинских журналов:

- «Педиатрия»: www.pediatrjournal.ru
- «Врач и информационные технологии»: www.idmz.ru/idmz@.mednet.ru
- «Вопросы современной педиатрии»: www.pediatr-russia.ru
- «Профилактика заболеваний и укрепление здоровья»: www.mediasphera.aha.ru/profil/prof-mm.html
- «Российский вестник перинатологии и педиатрии»: <http://www.pedklin.ru/>
- «Русский медицинский журнал»: <http://www.rmj.ru/>

5. Руководства по различным медицинским специальностям:

- Medlinks.ru (книги и руководства): www.medlinks.ru/sections/php
- NationalAcademyPress(руководства): www.nap.edu
- Лабдиаг (новости и книги о лабораторной диагностике): <http://labdiag.ru/>
- Справочник лекарств: <http://www.rlsnet.ru/>
- Medi.ru (подробно о лекарствах): <http://medi.ru/Doc/0000.htm>

6. Виноградов А.Ф. и др.: учебное пособие /Тверской гос. мед. акад.; Практические умения и навыки для студента, обучающегося по специальности «педиатрия», Тверь; 2005 г. [Электронный ресурс] 1 эл.опт. д.(CD –ROM).

3. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО - ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ, ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПРАВОЧНЫЕ СИСТЕМЫ И ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ:

1. Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;
2. Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informio.ru);
3. Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
4. Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
5. Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);
6. Доступ к базам данных POLPRED (www.polpred.ru);

7. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
8. Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
9. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;
10. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;
11. Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);

2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru .

3. Библиотечный on-line центр – www.ditm.ru (доступ к базе данных по медицине, библиографическое описание фонда ГЦНМБ)

4. Российская государственная библиотека – www.rsl.ru

5. Центральная научно-медицинская библиотека Первого ММА им. Сеченова – www.scsml.rssi.ru

6. Электронный каталог «Медицинская книга» – <http://develop.medknigaservis.ru/>

7. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) – <http://feml.rssi.ru/feml>

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ.

Методические пособия для студентов разработаны по каждому практическому занятию и учебному модулю данной дисциплины и представлены в виде:

1.«Поликлиническая педиатрия» [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Тверской гос. мед. ун-т; сост.: Ю. А. Алексеева [и др.] – Тверь: [б.и.], 2018. – 280 с.

Режим доступа:<http://www.tvergma.ru/kaf/>,

2.Помощник врача детской поликлиники [электронный ресурс]: методические рекомендации для студентов при проведении производственной практики/ Тверской гос. мед. ун-т; сост.: Ю. А. Алексеева, Э. С. Акопов, А. Б. Барашкова. – Тверь: [б.и.], 2018. – 72 с.

Режим доступа:<http://www.tvergma.ru/kaf/>

В представленных методических пособиях по каждому практическому занятию и учебному модулю данной дисциплины представлены все виды учебной работы, а также самостоятельной работы включая перечень вопросов для самоподготовки, тесты исходного уровня, типовые и ситуационные задачи, предназначенные для внеаудиторной работы студента. Представлены темы реферативных сообщений, УИРС и схема кураторского листа, который оформляет студент в ходе изучения дисциплины.

VI. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (Приложение 3)

Основной клинической базой кафедры является детская поликлиника №1 Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения Тверской области "Городская Клиническая Больница № 6".

Средства обеспечения освоения дисциплины:

1. Мультимедийные презентации (тематические комплекты):

- Практические навыки по разделу «Поликлиническая педиатрия» (интерактивная обучающая программа)
- Диспансеризация детей в условиях поликлиники
- Вскармливание и питание детей младшего возраста
- Биоэтика в педиатрии
- Основы формирования здоровья
- Диагностика и прогнозирование индивидуального здоровья
- Противоэпидемическая работа участкового врача
- Проблемы воспитания детей
- Социальные болезни в педиатрии (алкоголизм, табакокурение, наркомания)
- Интерактивная модель «Экологический атлас Тверской области»

2. Видеофильмы:

- «Наркомания как медико-социальная проблема (DVD).
- «Вредные привычки» (DVD).
- Выступления студентов на предметных олимпиадах и в школах-интернатах по тематике «Формирование здорового образа жизни детей и подростков» (DVD).

3. Методические рекомендации по проведению занятий для преподавателей по всем разделам поликлинической педиатрии.

4. Методические рекомендации для студентов по всем разделам поликлинической педиатрии.

5. Утвержденные статистические формы первичной медицинской документации:

6. Набор центильных таблиц для оценки физического развития детей.

7. Набор таблиц для определения нервно-психического развития детей до 7 лет.

8. Тестовые задания по специальности «Поликлиническая педиатрия».

9. Ситуационные задачи по специальности «Поликлиническая педиатрия».

10. Примеры лабораторных анализов и инструментальных исследований:

- Рентгенограммы.
- Клинические, биохимические, иммунологические анализы.

Оргтехника, используемая в учебном процессе и теле- видеоаппаратура:

- Компьютеры (ноутбук)- 2шт
- Мультимедийный проектор- 2шт
- Телевизор
- DV –плеер

Лечебно-диагностическое оборудование:

- ВНС-спектрометр
- Компьютерный спирограф
- АПКО
- 12-канальный ЭКГ
- Муляж новорожденного ребенка и набор для проведения туалета новорожденного на дому

VII. НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках работы кружка СНО на кафедре. Практикуется реферативная работа и проведение научных исследований с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России, а так же публикацией в сборниках студенческих работ, кафедральных сборниках и Верхневолжском медицинском журнале.

Кроме того, на кафедре внедрена Проектная деятельность студентов в рамках проведения внутрифакультетских и межфакультетских олимпиад «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у подростков в образовательных учреждениях», целью которой является повышение эффективности профилактической работы среди подростков и учащейся молодежи.

Проектная деятельность ставит перед студентами следующие задачи: обучение планированию, формирование навыков сбора и обработки информации, умение анализировать (критическое мышление) и оформлять правильно работу, систематизировать материалы (составление плана работы, оформление сносок, библиографии), формирование позитивного отношения к работе (учащийся должен проявлять инициативу, энтузиазм).

В ходе работы над проектом студенты подготавливают научный реферат и наглядное обеспечение (санитарный бюллетень, презентацию т.д.) и выступление по профилактике поведенческих факторов риска у детей и формированию ЗОЖ. Защита проектов проходит на предметной олимпиаде, после чего студенты проводят беседы, семинары, круглые столы с учащимися общеобразовательных школ и школ-интернатов г.Твери и области.

Исследовательский метод применяется на всех этапах проекта: студенты проводят социологическое исследование по темам своих работ: «Характеристика здоровья и образа жизни учащихся Тверской области», «Распространенность вредных привычек у школьников Тверской области», «Информационные потребности школьников Тверской области по различным вопросам ЗОЖ». При написании рефератов студенты обучаются работе с литературными источниками, подготовке обзора литературы, изучают актуальность проблемы. По желанию студенты дополнительно включают в реферат главу «Результаты собственных исследований», где проводят анализ анкетирования школьников класса, в котором планируется в дальнейшем проведение санитарно-просветительной работы, по вопросам изучения отдельных компонентов образа жизни с выделением приоритетных факторов риска. При проведении беседы со школьниками особое внимание студенты уделяют выявленным факторам риска у данных школьников. Студенты используют интерактивное общение со школьниками, сценки, викторины, конкурсы, презентации, видеофильмы, спортивные игры и т.д. В сценках студенты выступают как литературные персонажи, так и выдуманные герои, имитируя социальные отношения по вопросам ЗОЖ. Кроме того, на кафедре выполняются совместные проекты – студентов ТГМУ и учащихся общеобразовательных школ.

В помощь студенту при подготовке реферата на кафедре создано методическое пособие «Методические указания к составлению реферата, к оформлению санитарного бюллетеня и проведению тематической лекции» (Приложение 6).

Примерная тематика учебно-исследовательских работ студентов (УИРС):

1. Здоровый образ жизни; его компоненты и принципы.
2. Современные концепции формирования индивидуального здоровья.
3. Малоподвижный образ жизни, как причина возникновения хронической соматической патологии (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, патология опорно-двигательной системы).
4. Роль психо-эмоционального стресса в формировании хронических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, синдром вегетативной дистонии (нейроциркуляторная дистония), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).
5. Рациональное питание: основные принципы, диета ребенка первых лет жизни, диета подростка, диета беременной и роженицы.
6. Пищевые добавки в современном питании человека.
7. Основные компоненты воспитания ребенка первых лет жизни.
8. Нервно-психическое развитие ребенка первого года жизни.
9. Роль курения в снижении индивидуального и популяционного уровня здоровья.
10. Пивная алкоголизация как медико-социальная проблема.
11. Роль физической культуры в формировании оптимального уровня здоровья в современных социально-экономических условиях.
12. Экологические аспекты формирования здоровья человека в городских условиях
13. Современные аспекты профилактики и лечения наркомании.
14. Этико-правовые аспекты донорства.
15. Современные подходы к оценке качества жизни человека.
16. Этико-правовые аспекты профессиональной защиты врача педиатра.
17. Медико-социальные аспекты беременности. Режим дня и диета беременной. Лечебно-охранительный режим при беременности.
18. Преимущества грудного вскармливания. Правила кормления ребенка грудью.
19. Современные смеси для искусственного вскармливания. Перспективы применения.
20. Гипогалактия: основные причины, принципы лечения и профилактики.
21. Современные подходы и методы по уходу за новорожденным и ребенком первого года жизни.

VIII. ПРОТОКОЛЫ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ С ДРУГИМИ КАФЕДРАМИ

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций: ПК-2, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Междисциплинарный протокол согласования

Предшествующие дисциплины:

№ п/п	Наименование предшествующих дисциплин	Коды или элементы компетенций	Согласовано: (подпись зав. каф.)
1.	Пропедевтика детских болезней: кафедра детских болезней.	ПК-5 Разделы: анатомо-физиологические особенности ребенка и подростка, методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем органов; закономерности физического развития; виды вскармливания, закономерности физического и нервно-психического развития.	
2.	Основы формирования здоровья детей: кафедра поликлинической педиатрии и основ формирования здоровья.	ПК-1, ПК-16 Разделы: современные концепции формирования здоровья детей и подростков, факторы определяющие уровень индивидуального здоровья, генеалогические, биологические и социально-средовые факторы риска.	
3.	Факультетская педиатрия: кафедра педиатрии педиатрического факультета.	ПК-6, ПК-9, ПК-10 Разделы: этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина наиболее часто встречающихся заболеваний у детей и подростков. Клинические проявления, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков.	

Параллельные дисциплины:

№ п/п	Наименование последующих дисциплин	Коды или элементы компетенций	Согласовано: (подпись зав. каф.)
1.	Госпитальная педиатрия: кафедра педиатрии педиатрического факультета.	ПК-5, ПК-6 Разделы: этиология, патогенез, типичная клиническая картина, методы диагностики и принципы лечения, реабилитации и профилактики наиболее распространенных заболеваний внутренних органов у детей.	
2.	Инфекционные болезни у детей: кафедра детских болезней.	ОПК-6, ПК-3 Разделы: детские воздушно-капельные инфекции, кишечные инфекции дифференциальная диагностика, диетотерапия в острый и восстановительный период. Вакцинопрофилактика, национальный календарь прививок. Противоэпидемическая работа в очаге.	

IX. СВЕДЕНИЯ ОБ ОБНОВЛЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Представлены в **Приложении 4**

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проверки сформированности компетенций (части компетенций)
при промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

для студентов 6 курса

направление подготовки (специальность)
31.05.02 Педиатрия

форма обучения **очная**

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной
«Поликлиническая педиатрия»

Код компетенции	Содержание компетенции
<i>ОПК</i>	<i>Общепрофессиональные компетенции</i>
ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации
<i>ПК</i>	<i>Профессиональные компетенции</i>
ПК-2	способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями
ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр
ПК-7	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы
ПК-8	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
ПК-9	готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Перечень оценочных средств

Шифр компетенции	Номера заданий в тестовой форме	Номера (перечень) заданий для оценки практических навыков	Номера ситуационных задач
<i>ОПК-6</i>	<i>66-72</i>	<i>1, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29. Симуляционная станция «Экспертиза временной нетрудоспособности»</i>	<i>1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20.</i>
<i>ПК-2</i>	<i>1-50</i>	<i>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28. Симуляционная станция «Оценка уровня физического развития детей в различные возрастные периоды» Симуляционная станция «Оценка уровня нервно – психического развития детей» Симуляционная станция «Вскармливание детей на первом году жизни»</i>	<i>6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 20.</i>
<i>ПК-6</i>	<i>51-65</i>	<i>1,8,9,10,11,12, 29, 30.</i>	<i>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.</i>
<i>ПК-7</i>	<i>66-72</i>	<i>1, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29. Симуляционная станция «Экспертиза временной нетрудоспособности»</i>	<i>1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20.</i>
<i>ПК-8</i>	<i>73-94</i>	<i>8, 9, 10, 11, 13, 30.</i>	<i>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.</i>
<i>ПК-9</i>	<i>95-121</i>	<i>8, 9, 10, 11, 12, 13.</i>	<i>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19.</i>

**Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине
«Поликлиническая педиатрия»**

№ п/п	Контролируемые разделы, модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства	
			вид	КОЛ-ВО
1.	Раздел I. Профилактическая работа врача педиатра в амбулаторных условиях	ПК-2	Тест	30 тестовых заданий
			Собеседование	37 вопросов
			Типовая задача	10 задач
			Ситуационная задача	9 задач
			Практические навыки	9 задач
		ОПК-6 ПК-7	Тест	5 тестовых заданий
			Собеседование	12 вопросов
			Типовая задача	2 задачи
			Ситуационная задача	6 задач
			Практические навыки	4 задачи
2.	Раздел II. Работа врача отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.	ПК-2	Тест	20 тестовых заданий
			Собеседование	17 вопросов
			Типовая задача	2 задачи
			Ситуационная задача	3 задачи
			Практические навыки	2 задач
		ПК-6	Тест	10 тестовых заданий
			Собеседование	14 вопросов
			Типовая задача	4 задачи
			Ситуационная задача	3 задачи

			Практические навыки	2 задачи
		ОПК-6 ПК-7	Тест	6 тестовых задания
			Собеседование	10 вопросов
			Типовая задача	2 задачи
			Ситуационная задача	6 задач
			Практические навыки	2 задачи
3.	Раздел III. Лечебная работа участкового педиатра	ПК-6	Тест	5 тестовых заданий
			Собеседование	18 вопросов
			Типовая задача	7 задач
			Ситуационная задача	17 задач
			Практические навыки	5 задач
		ПК-7	Тест	2 тестовых задания
			Собеседование	13 вопросов
			Типовая задача	2 задачи
			Ситуационная задача	8 задач
			Практические навыки	2 задачи
		ПК-8	Тест	22 тестовых задания
			Собеседование	9 вопросов
			Типовая задача	5 задач
			Ситуационная задача	19 задач
			Практические навыки	2 задачи
		ПК-9	Тест	27 тестовых заданий
			Собеседование	10 вопросов
			Типовая задача	6 задач

			Ситуационная задача	17 задач
			Практические навыки	3 задачи

**Задания в тестовой форме
для промежуточной аттестации
по итогам освоения дисциплины «Поликлиническая педиатрия»**

№	Коды контролируемых компетенций	Код
ПК-2		
1	<p>Преимуществом работы детской поликлиник по системе «единого педиатра» является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) единство в наблюдении за ребенком и подростком б) больше контактов у детей первого года жизни с детьми старшего возраста в) своевременное направление на обследование г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка д) обеспечение семей, имеющих детей разного возраста, одним врачом. <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-2
2	<p>Проведение профилактических прививок детям, перенесшим острый пиелонефрит, возможно</p> <ul style="list-style-type: none"> а) через 2-3 месяца б) через 1 год в) через 1,5 года г) через 2 года <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-2
3	<p>Постнатальная профилактика гипотрофии на участке включает следующие мероприятия</p> <ul style="list-style-type: none"> а) своевременная коррекция питания б) своевременное введение прикорма в) организация режима, соответствующего возрасту г) проведение профилактических прививок <p>Эталон ответа: а б в</p>	ПК-2
4	<p>Участковый врач-педиатр, осуществляя патронаж ребёнка первого года жизни, проводит профилактический осмотр</p> <ul style="list-style-type: none"> а) один раз в квартал б) 2 раза в год в) ежемесячно <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-2
5	<p>Определение костного возраста имеет значение для</p> <ul style="list-style-type: none"> а) оценки отклонений в росте и развитии б) оценки биологического возраста в) оценки полового созревания г) контроля за применением стероидов <p>Эталон ответа: а б г</p>	ПК-2
6	<p>Профилактические прививки против гепатита детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, проводятся</p> <ul style="list-style-type: none"> а) по схеме 0-1-6 мес б) прививки противопоказаны в) по схеме 0-1-2-12 мес <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-2
7	<p>Профилактическая направленность при первом патронаже к новорожденному ребенку заключается в</p> <ul style="list-style-type: none"> а) оценке биологического, генеалогического и социального анамнеза б) оценке физического и нервно-психического развития и групп «риска» в) оценке соматического состояния ребенка и определении группы здоровья г) составлении плана наблюдения и рекомендаций д) в назначении витамина D3 <p>Эталон ответа: а б в г</p>	ПК-2

8	<p>Назовите эпикризные сроки для детей 1-го года жизни</p> <p>а) интервал времени, который находится в пределах ± 15 дней от возраста, принятого за норму</p> <p>б) интервал времени, который находится в пределах ± 3 месяца от возраста, принятого за норму</p> <p>в) интервал времени, который находится в пределах ± 6 месяцев возраста, принятого за норму</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-2
9	<p>При комплексной оценке состояния здоровья ребёнка врач-педиатр учитывает</p> <p>а) наличие хронической патологии</p> <p>б) уровень и гармоничность физического и нервно- психического развития</p> <p>в) резистентность и реактивность организма</p> <p>г) семейный анамнез ребёнка</p> <p>Эталон ответа: а б в</p>	ПК-2
10	<p>При первом патронаже к новорожденному педиатр из обменной карты родильного дома (Ф-113у) получает сведения о проведении следующих профилактических прививок</p> <p>а) против туберкулеза</p> <p>б) против гепатита В</p> <p>в) против полиомиелита</p> <p>г) против коклюша</p> <p>д) против краснухи</p> <p>Эталон ответа: а б</p>	ПК-2
11	<p>Здоровому ребёнку в возрасте 12 месяцев проводятся следующие профилактические прививки</p> <p>а) вакцинация против туберкулеза</p> <p>б) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита</p> <p>в) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита</p> <p>г) вакцинация против гепатита С</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-2
12	<p>В структуре детской поликлиники выделяют</p> <p>а) педиатрическое отделение</p> <p>б) соматическое отделение</p> <p>в) дошкольно-школьное отделение</p> <p>г) отделение восстановительное лечение</p> <p>Эталон ответа: а в г</p>	ПК-2
13	<p>Детям с риском возникновения гнойно-воспалительных заболеваний и внутриутробных инфекций диспансерное наблюдение включает</p> <p>а) педиатр - 5 патронажей на 1-м месяце</p> <p>б) медицинская сестра - до 14 дня ежедневно, затем 2 раза в неделю</p> <p>в) клинический анализ крови - в 1, 2, 6, 12 месяцев</p> <p>г) длительность наблюдения - до 1 года</p> <p>д) наблюдение на дому до 3 месяцев</p> <p>Эталон ответа: а б в г д</p>	ПК-2
14	<p>Какой из ниже перечисленных факторов не позволяет отнести новорожденного ребёнка ко второй группе риска по Сотниковой</p> <p>а) хронический гастрит у матери</p> <p>б) сахарный диабет у матери</p> <p>в) генитальная патология</p> <p>г) патология родов /длительный безводный период/</p> <p>д) хронический пиелонефрит</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-2
15	<p>Назовите сроки составления плана проведения профилактических прививок в поликлинике</p> <p>а) на 1 месяц</p> <p>б) на 6 месяцев</p>	ПК-2

	в) на 1 год Эталон ответа: а в	
16	Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно а) до 3 лет б) до 7 лет в) до 14 лет г) до 18 лет Эталон ответа: г	ПК-2
17	Первый дородовый патронаж беременной женщины осуществляется а) врачом-педиатром б) патронажной медсестрой в) акушеркой Эталон ответа: б	ПК-2
18	Врачебные наблюдения за недоношенным ребенком проводятся в период с 1 года до 4 лет а) 1 раз в квартал б) 1 раз в 6 месяцев Эталон ответа: а	ПК-2
20	Частота осмотров педиатром при диспансеризации детей из группы «риска» по развитию острой пневмонии составляет а) на 1-м году жизни – ежемесячно б) на 2-м году жизни - 1 раз в 2 мес в) на 3-м году жизни - 1 раз в квартал г) во всех возрастных группах - 1 раз в квартал Эталон ответа: а б в	ПК-2
21	На третьем году жизни педиатр наблюдает здорового ребенка а) 2 раза в год б) 3 раза в год в) 4 раза в год Эталон ответа: а	ПК-2
22	При первом посещении новорожденного в поликлинике проводится а) оценка группы здоровья б) консультация стоматолога в) рекомендации по вскармливанию и уходу г) запись первого эпикриза в форме 112/у д) консультация окулиста, невропатолога, хирурга-ортопеда Эталон ответа: а в г д	ПК-2
23	Какова частота осмотра педиатром доношенного ребенка первого года жизни а) ежемесячно б) 2 раза в месяц в) 1 раз в 2 месяца г) 1 раз в 3 месяца Эталон ответа: а	ПК-2
24	Группа здоровья, к которой можно отнести ребенка, перенесшего в течение года 2 ОРВИ и 2 бронхита а) I б) II в) III г) IV Эталон ответа: б	ПК-2
25	Перепись детского населения в поликлинике проводится а) 2 раза в год б) 1 раз в год в) ежемесячно	ПК-2

	Эталон ответа: а	
26	Дородовый сестринский патронаж беременных женщин в детской поликлинике включает а) 1 посещение перед родами б) 2 посещения в) не проводится Эталон ответа: б	ПК-2
27	Первый клинический анализ крови здоровому ребенку проводится в а) 1 месяц б) 3 месяца в) 6 месяцев г) 1 год Эталон ответа: а	ПК-2
28	Профилактические прививки против кори, краснухи, паротита детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, проводятся а) по приказу МЗ РФ № 229 «О календаре профилактических прививок» б) после снятия диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка в) профилактические прививки не проводятся Эталон ответа: б	ПК-2
29	Детям, перенесшим гнойно-воспалительные заболевания, профилактические прививки а) показаны б) противопоказаны Эталон ответа: а	ПК-2
30	При наблюдении за новорожденным из группы риска по поражению ЦНС необходимо контролировать а) повышенную потливость б) сухость кожных покровов в) учащенный стул г) состояние черепных швов, родничков и изменение размеров и формы черепа в динамике Эталон ответа: г	ПК-2
31	Назовите основной принцип размещения ф.63 в картотеке а) по принципу привитости б) по принципу возраста в) по месту жительства Эталон ответа: а	ПК-2
32	Что является противопоказанием к иммунизации у ребенка а) сильная реакция или осложнения введения предыдущей дозы вакцины б) увеличение тени тимуса в) перинатальная энцефалопатия Эталон ответа: а	ПК-2
33	К мероприятиям, обеспечивающим профилактику инфекционных заболеваний в ДОО, относятся а) работа фильтра б) прием только здоровых детей в) изоляция заболевших детей г) текущая дезинфекция д) вакцинация е) обследование и наблюдение за контактными детьми ж) оценка физического развития Эталон ответа: а б в г д е	ПК-2
34	Ребенок нуждается в индивидуальных занятиях на дому и освобождается от посещений школы при а) хроническом нефрите и нефротическом синдроме б) вторичном пиелонефрите, в активной фазе, с удвоением чашечно-	ПК-2

	<p>лоханочной системы, без нарушения функции почек</p> <p>в) хроническом пиелонефрите, ремиссии</p> <p>Эталон ответа: а</p>	
35	<p>Для оформления ребёнка в ДДУ необходимы следующие обследования</p> <p>а) анализ кала на дисбактериоз</p> <p>б) анализ периферической крови</p> <p>в) соскоб на энтеробиоз</p> <p>г) титр противокоревых антител</p> <p>Эталон ответа: б в</p>	ПК-2
36	<p>Когда ребёнок может быть оформлен в детский сад после перенесённого острого заболевания</p> <p>а) не ранее чем через 1 месяц после клинического выздоровления</p> <p>б) не ранее чем через 1 неделю после клинического выздоровления</p> <p>в) не ранее чем через 2 недели после клинического выздоровления</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-2
37	<p>Выберите, в какие сроки происходит нормализация поведенческих реакций при лёгкой степени течения адаптации к дошкольному учреждению</p> <p>а) 10-20 дней</p> <p>б) 20-40 дней</p> <p>в) 60 дней</p> <p>г) более 60 дней</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-2
38	<p>К функциям врача-педиатра, осуществляющего проф. осмотры детей, посещающих ДОУ, относятся</p> <p>а) проведение скрининг-тестов</p> <p>б) осмотры с анализом скрининг-тестов и лабораторного обследования</p> <p>в) распределение по группам здоровья</p> <p>г) распределение по физкультурным группам</p> <p>Эталон ответа: б в г</p>	ПК-2
39	<p>Назовите факторы, приводящие к школьной дезадаптации</p> <p>а) нарушения мелкой моторики кисти</p> <p>б) нарушения формирования школьных навыков</p> <p>в) неумение читать, и писать до школы</p> <p>г) отсутствие социальной мотивации</p> <p>д) несформированность вербального мышления</p> <p>Эталон ответа: а в г д</p>	ПК-2
40	<p>Проведение фильтра в детском саду осуществляется</p> <p>а) врачом</p> <p>б) медсестрой</p> <p>в) заведующей детским садом</p> <p>г) воспитателем группы</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-2
41	<p>Где должна находиться ф.63 на ребенка, который проживает на территории обслуживания детской поликлиники и посещает ДОУ этой территории</p> <p>а) в картотеке ДОУ</p> <p>б) в картотеке на неорганизованное детство</p> <p>в) в картотеке территориального участка</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-2
42	<p>Скрининг-программу осуществляет</p> <p>а) врач ДОУ</p> <p>б) участковый врач-педиатр</p> <p>в) медицинская сестра ДОУ</p> <p>г) воспитатель</p> <p>д) педагог школы</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-2

43	<p>Для оформления ребенка в ясли и детский сад необходимы следующие обследования</p> <p>а) мазок из зева на ВЛ, б) анализ кала на дизбактериоз в) анализ периферической крови г) биохимический анализ крови д) титр противокоревых антител</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-2
44	<p>Что является необязательным при проведении проф. осмотров подростков выпускных классов</p> <p>а) оценка физического развития б) определение биологического возраста в) оценка нервно-психического развития г) передача сведений педагогам о состоянии здоровья д) передача сведений на юношей в военкомат</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-2
45	<p>Клиническими критериями адаптации ребенка к дошкольному учреждению являются</p> <p>а) заболеваемость б) эмоционально-поведенческие реакции в) масса тела г) психомоторное развитие д) рост е) пропорции тела</p> <p>Эталон ответа: а б в г д</p>	ПК-2
46	<p>К функциям врача-педиатра, осуществляющего проф. осмотр детей в школе, относятся</p> <p>а) проведение анкетирования б) общий осмотр в) осмотр осанки г) оценка лабораторных показателей</p> <p>Эталон ответа: б в г</p>	ПК-2
47	<p>Что является необязательным при проведении проф. осмотров детей при переходе к предметному обучению</p> <p>а) оценка физического развития б) определение биологического возраста в) оценка нервно-психического развития г) передача сведений на юношей в военкомат</p> <p>Эталон ответа: г</p>	ПК-2
48	<p>Мероприятиями, обеспечивающими профилактику инфекционных заболеваний в ДОУ, являются</p> <p>а) работа фильтра б) приём только здоровых детей в) наличие изолятора г) дезинфекция д) вакцинация е) обследование и наблюдение контактных ж) повышение квалификации медперсонала</p> <p>Эталон ответа: а б в г д е</p>	ПК-2
49	<p>Синдром хронической усталости у подростков является следствием</p> <p>а) разбалансировки механизмов адаптации б) инфекции в) дискоординации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы г) дезадаптации д) физической нагрузки</p> <p>Эталон ответа: а в г</p>	ПК-2
50	<p>Выберите, в какие сроки происходит нормализация реакций при течении адаптации к ДОУ средней тяжести</p>	ПК-2

	<p>а) 10-20 дней б) 20-40 дней в) 60 дней г) более 60 дней</p> <p>Эталон ответа: б</p>	
ПК-6		
51	<p>Деятельность врача в детском саду при пищевом отравлении включают</p> <p>а) экстренное извещение в СЭН б) изоляция больных детей в) забор образцов пищи, рвотных масс и фекалий г) оказание неотложной помощи д) поиск возможного источника отравления сообщение родителям</p> <p>Эталон ответа: а б в г е</p>	ПК-6
52	<p>Внезапное появление цианоза у новорожденного ребенка в горизонтальном положении и его исчезновение в вертикальном положении свидетельствует</p> <p>а) о врожденном пороке сердца б) о болезни гиалиновых мембран в) о диафрагмальной грыже г) об аспирационном синдроме</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-6
53	<p>Продолжительность диспансерного наблюдения в поликлинике детей с холециститом, холецистохолангитом после обострения составляет</p> <p>а) 1 год б) 2 года в) 3 года г) 5 лет д) до перевода во взрослую сеть</p> <p>Эталон ответа: г</p>	ПК-6
54	<p>У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников</p> <p>а) тугоухости б) гематурии в) патологии зрения г) дисплазии тазобедренного сустава д) гибели от хронической почечной недостаточности в молодом возрасте</p> <p>Эталон ответа: а б в д</p>	ПК-6
55	<p>Назовите сроки диспансерного наблюдения за детьми с начальными изменениями сердечно-сосудистой системы</p> <p>а) 1 год б) 3 года в) 5 лет г) до передачи под наблюдение терапевта</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-6
56	<p>Инвалидность в детском возрасте - это</p> <p>а) стойкое нарушение общей трудоспособности б) стойкая социальная дезадаптация, обусловленная патологическим состоянием в) длительное нарушение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-6
57	<p>Критерием снятия с диспансерного учета детей группы риска по развитию анемии является</p> <p>а) отсутствие снижения гемоглобина в течение 3 месяцев б) отсутствие снижения гемоглобина в течение 6 месяцев</p>	ПК-6

	<p>в) нормальный уровень гемоглобина в течение 1 года</p> <p>Эталон ответа: в</p>	
58	<p>Частота осмотра в поликлинике ЛОР врачом и стоматологом детей с хроническим колитом составляет</p> <p>а) ежеквартально</p> <p>б) 1 раз в 6 месяцев</p> <p>в) 1 раз в год</p> <p>г) по показаниям</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-6
59	<p>При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим пиелонефритом обязательны следующие обследования</p> <p>а) общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко</p> <p>б) клиренс эндогенного креатинина</p> <p>в) биохимический анализ крови</p> <p>г) клинический анализ крови 1 раз в 3 месяца</p> <p>д) ультразвуковое исследование почек 1 раз в 6 месяцев</p> <p>Эталон ответа: а в г д</p>	ПК-6
60	<p>При диспансеризации в поликлинике детей с холециститом, холецистохолангитом обязательно следующее исследование</p> <p>а) УЗИ печени и желчевыводящих путей</p> <p>б) желудочное зондирование</p> <p>в) рентгенологическое исследование печени</p> <p>г) посев кала на кишечную группу</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-6
61	<p>Дети, перенесшие гломерулонефрит, наблюдаются</p> <p>а) в течение года</p> <p>б) в течение 3 лет</p> <p>в) в течение 5 лет</p> <p>г) до перевода во взрослую поликлинику</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-6
62	<p>Частота наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте до 3 мес., составляет</p> <p>а) в первые 6мес - 2 раза в месяц, затем до года жизни -1 раз в месяц</p> <p>б) в первые 3 месяца- 2 раза в месяц, затем до года жизни - 1 раз в месяц</p> <p>в) в первые 6мес - 2 раза в месяц, затем до года жизни - 1 раз в 2 месяца</p> <p>г) в первые 3мес - 2 раза в месяц, затем до года жизни -1 раз в 3 месяца</p> <p>д) ежемесячно в течение первого года жизни</p> <p>е) 1 раз в 2 месяца до года</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-6
63	<p>Длительность наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте старше трех лет, составляет</p> <p>а) 1 месяц</p> <p>б) 2 месяца</p> <p>в) 3 месяца</p> <p>г) полгода</p> <p>д) 1 год</p> <p>Эталон ответа: д</p>	ПК-6
64	<p>Программа реабилитации детей, перенесших острую пневмонию, включает</p> <p>а) ЛФК</p> <p>б) массаж грудной клетки</p> <p>в) физиотерапию</p> <p>г) витаминотерапию</p> <p>д) аэрозольную фитотерапию</p> <p>е) антибактериальную терапию и антигистаминные препараты</p> <p>ж) плавание</p>	ПК-6

	з) закаливание Эталон ответа: а б в г д ж	
65	Для ранней диагностики патологии органов мочевой системы, не проявляющейся мочевым синдромом, в условиях поликлиники используются методы селективного скрининга а) оценка наследственной отягощенности по нефропатиям б) измерение АД в) ультразвуковая диагностика г) выявление множественных малых аномалий развития (внешних стигм соединительнотканного дизэмбриогенеза) д) иммунологическое обследование Эталон ответа: а б в г	ПК-6
ОПК-6, ПК-7		
66	Назовите заболевания мочевыводящей системы, являющиеся показанием для оформления инвалидности у ребенка а) гломерулонефрит, непрерывно рецидивирующее течение б) инфекция мочевыводящей системы в) дисметаболическая нефропатия г) пиелонефрит с хронической почечной недостаточностью д) уронефролитиаз Эталон ответа: а г	ОПК-6 ПК-7
67	Назовите заболевания крови, при которых ребенок может быть отнесен к группе инвалидов детства а) иммунная нейтропения б) гемофилия в) гетероиммунная гемолитическая анемия г) лейкоз Эталон ответа: б г	ОПК-6 ПК-7
68	На какой максимальный срок может быть выдан листок временной нетрудоспособности по уходу за остро-больным ребенком 3 лет при амбулаторном лечении? Эталон ответа: на весь период болезни	ОПК-6 ПК-7
69	На какой максимальный срок может быть выдан листок временной нетрудоспособности по уходу за хронически больным ребенком 4,5 лет в период обострения при амбулаторном лечении? Эталон ответа: до наступления ремиссии	ОПК-6 ПК-7
70	На какой максимальный срок может быть выдан листок временной нетрудоспособности по уходу за хронически больным ребенком 4,5 лет в периоде ремиссии при амбулаторном лечении? Эталон ответа: не выдается	ОПК-6 ПК-7
71	Следует ли выдавать листок временной нетрудоспособности по уходу иногородним на период обратного проезда к месту жительства? Эталон ответа: да	ОПК-6 ПК-7
72	Следует ли выдавать листок временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком лицам, находящимся в очередном отпуске? Эталон ответа: нет	ОПК-6 ПК-7
ПК-8		
73	При подозрении на диффузное заболевание соединительной ткани в план обследования необходимо включить а) эхокардиографию б) ЭКГ в) анализ протеинограммы г) общий анализ мочи д) общий анализ крови Эталон ответа: а б в г д	ПК-8
74	Для вторичной профилактики ревматизма используется а) анальгин	ПК-8

	б) бициллин-5 в) пенициллин Эталон ответа: б	
75	Назовите меры вторичной профилактики сахарного диабета I типа у детей а) предупреждение вирусных инфекций б) предупреждение поздних осложнений сахарного диабета в) прием витамина D г) назначение витамина PP Эталон ответа: б г	ПК-8
76	Лечебно-оздоровительные мероприятия, применяемые в условиях поликлиники для реабилитации ребенка с бронхиальной астмой средней тяжести, включают а) спелеотерапия б) интервальная гипокситерапия в) амплипульс г) дыхательная гимнастика д) небулайзерная терапия Эталон ответа: а б г д	ПК-8
77	Реабилитация детей с хроническим колитом, энтероколитом включает а) санаторно-курортное лечение б) антацидные средства по схеме 2-3 раза в год в) тюбажи по Демьянову Эталон ответа: а	ПК-8
78	Первым необходимым противоэпидемическим мероприятием в очаге кишечных инфекций является а) изоляция больного б) извещение СЭС в) наблюдение за контактными г) обследование контактных д) санпросветработа е) дезинфекция Эталон ответа: а	ПК-8
79	Ребенок, перенесший гипоксию, в позднем восстановительном периоде наблюдается на педиатрическом участке а) педиатром б) невропатологом в) консультируется логопедом, офтальмологом г) эндокринологом д) ортопедом Эталон ответа: а б в д	ПК-8
80	Частота осмотров в течение года участковым педиатром больных бронхиальной астмой составляет а) 1 раз в год б) 2 раза в год в) 3 раза в год г) 4 раза в год д) 6 раз в год е) по частоте возникновения приступов заболевания Эталон ответа: г	ПК-8
81	После выписки из стационара больной с хронической пневмонией наблюдается а) 1 год б) 3 года в) 5 лет г) до перевода во взрослую поликлинику д) до выздоровления	ПК-8

	Эталон ответа: г	
82	<p>Частота осмотров педиатром в поликлинике в течение года больных тяжелой формой бронхиальной астмы составляет</p> <p>а) 1 раз в год б) 2 раза в год в) 3 раза в год г) 4 раза в год д) 6 раз в год и более</p> <p>Эталон ответа: д</p>	ПК-8
83	<p>Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет не менее</p> <p>а) 1 года б) 2 лет в) 3 лет г) 5 лет д) до перевода во взрослую сеть</p> <p>Эталон ответа: д</p>	ПК-8
84	<p>Реабилитация в поликлинике детей с хроническим холециститом и холецистохолангитом включает</p> <p>а) приём минеральной воды по схеме 2-3 раза в год б) тюбажи по Демьянову в) физиотерапию, ЛФК г) желчегонные средства д) антацидные средства 3 раза в год е) диету №5</p> <p>Эталон ответа: а б в г е</p>	ПК-8
85	<p>При диспансерном наблюдении на педиатрическом участке детей с хроническим холециститом обязательно проведение обследований</p> <p>а) клинический анализ крови б) биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин, билирубин и его фракции) в) биохимическое исследование мочи г) соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий д) УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Эталон ответа: а б г д</p>	ПК-8
86	<p>При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим гепатитом обязательны следующие исследования</p> <p>а) функциональные пробы печени б) дуоденальное зондирование 1 раз в 3-6 месяцев в) анализ крови с тромбоцитами 1 раз в 1-3 месяцев г) кал на цисты лямблий и я/глистов д) ЭКГ</p> <p>Эталон ответа: а б в г</p>	ПК-8
87	<p>Реабилитация в поликлинике детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом включает</p> <p>а) диету №5, б) антацидные средства по схеме 2 раза в год в) витамины С, В1, В2, А по схеме 2 раза в год г) минеральные воды по схеме 2-3 раза в год д) антибиотики курсами 2-3 раза в год е) грязевые физиотерапевтические процедуры</p> <p>Эталон ответа: а б в г е</p>	ПК-8
88	<p>Частота осмотра в поликлинике ЛОР врачом и стоматологом в течение года больных с хроническим гастритом составляет</p> <p>а) ежемесячно</p>	ПК-8

	б) ежеквартально в) 1 раз в год г) 2 раза в год Эталон ответа: г	
89	Разобщение детей, контактировавших с больным коклюшем, полагается на а) 5 дней б) 7 дней в) 10 дней Эталон ответа: б	ПК-8
90	Ребенок с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (легкая форма поражения ЦНС) нуждается в проведении следующего обследования в амбулаторных условиях а) нейросонография (НСГ) б) электроэнцефалография (ЭЭГ) в) исследование глазного дна г) компьютерная томография головного мозга Эталон ответа: а б в	ПК-8
91	Частота наблюдений участковым педиатром за детьми с хроническим гастроуденитом составляет а) 1 раз в месяц б) 1 раз в 2 месяца в) 1 раз в 3 месяца г) 1 раз в полгода д) 1 раз в год е) ежемесячно в течение 3 мес., затем 1 раз в квартал Эталон ответа: г	ПК89
92	Реабилитация в поликлинике детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки включает а) диету №1 в течение 1-2 месяцев после обострения, затем диету №5 б) диету №5 в течение 1-2 лет после обострения, затем диету №1 Эталон ответа: а	ПК-8
93	При подозрении на синдром вегетативной дистонии рекомендуется провести ребенку следующие обследования а) исследование исходного вегетативного тонуса б) ЭКГ в) клино-ортостатическая проба г) кардиоинтервалография д) реовазография Эталон ответа: а б в г	ПК-8
94	Когда ребёнок может приступить к занятиям по физкультуре после перенесенной ангины а) через 6-7 дней после выздоровления б) через 10-12 дней в) через 2-4 недели Эталон ответа: в	ПК-8
ПК-9		
95	«Экстренное извещение» заполняет врач а) подтвердивший диагноз инфекционной болезни б) установивший границы эпидемического очага Эталон ответа: а	ПК-9
96	Необходимые лечебные мероприятия при пиелонефрите у детей в амбулаторных и домашних условиях а) «управляемое» мочеиспускание (каждые 3 часа) б) антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)	ПК-9

	<p>в) иглорефлексотерапия г) противорецидивная терапия (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты) д) иммуномодулирующая терапия Эталон ответа: а б г</p>	
97	<p>Тактика участкового врача у ребенка с нефротической формой гломерулонефрита а) провести повторный анализ мочи б) консультация нефролога в) госпитализация г) антибактериальная терапия Эталон ответа: в</p>	ПК-9
98	<p>ОСНОВНОЙ принцип лечения железодефицитных анемий а) заместительная терапия препаратами крови б) витаминотерапия витаминами группы В в) использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами г) назначение препаратов железа Эталон ответа: г</p>	ПК-9
99	<p>Лечение наследственного нефрита у детей в амбулаторных условиях а) гипотензивная терапия б) активная иммуносупрессивная терапия в) янтарная кислота (увеличение макроэргических связей) г) мембраностабилизаторы Эталон ответа: а в г</p>	ПК-9
100	<p>«Стационар на дому» при лечении детей с острыми кишечными инфекциями «секреторного» типа предусматривает назначение а) ферментотерапии б) иммунотерапии в) оральной регидратации г) сорбционной терапии д) антидиарейных препаратов Эталон ответа: а в г</p>	ПК-9
101	<p>«Экстренное извещение» об инфекционном больном следует направить а) в управление здравоохранения б) в районную бактериологическую лабораторию в) в территориальный ЦГСЭН г) в дезинфекционную станцию Эталон ответа: в</p>	ПК-9
102	<p>Госпитализация является обязательной, независимо от тяжести заболевания, при а) ботулизме б) кишечной инфекции в) стафилококковой инфекции Эталон ответа: а</p>	ПК-9
103	<p>Когда следует заполнять «экстренное извещение» об инфекционном больном а) немедленно при подозрении на инфекционную болезнь б) после консультации с врачом-инфекционистом в) после лабораторного подтверждения диагноза Эталон ответа: а</p>	ПК-9
104	<p>Показаниями для госпитализации детей с острой пневмонией являются а) острая сердечно-сосудистая недостаточность б) нейротоксический синдром в) острая дыхательная недостаточность г) частый кашель д) необходимость частого введения антибиотиков Эталон ответа: а б в д</p>	ПК-9

105	<p>Выберите недостатки использования коллоидов в сравнении с кристаллоидами при лечении шока у детей:</p> <p>а) способствуют накоплению жидкости вне сосудистого русла</p> <p>б) понижают онкотическое давление</p> <p>в) вызывают проникновение альбумина в интерстиций с развитием отека легких</p> <p>г) уменьшают скорость внутриклубочковой фильтрации</p> <p>д) уменьшают клиренс натрия и диурез</p> <p>Эталон ответа: в г д</p>	ПК-9
106	<p>Назовите, какое количество разрядов возможно при проведении электрической дефибрилляции</p> <p>а) один</p> <p>б) два</p> <p>в) три-четыре</p> <p>г) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков</p> <p>Эталон ответа: г</p>	ПК-9
107	<p>Выберите, каким должно быть соотношение компрессий грудной клетки с дыхательными циклами при сердечно-легочной реанимации у ребенка 1 года</p> <p>а) 2:1, если помощь оказывают два человека</p> <p>б) 4:1, если помощь оказывают два человека</p> <p>в) 4:2, если помощь оказывают два человека</p> <p>г) 12:2, если помощь оказывает один человек</p> <p>д) 6:2, если помощь оказывает один человек</p> <p>Эталон ответа: б г</p>	ПК-9
108	<p>Эффективность реанимационных мероприятий оценивают по характеру изменения</p> <p>а) сознания</p> <p>б) артериального давления</p> <p>в) пульса на периферических артериях и кровоснабжения кожи и слизистых</p> <p>г) пульса на сонной артерии</p> <p>д) диаметра зрачка</p> <p>Эталон ответа: б д</p>	ПК-9
109	<p>В каком месте и чем проводится пункция трахеи (как альтернативного метода обеспечения поступления воздуха) в случае острой обструкции верхних дыхательных путей у детей</p> <p>а) иглами от 2-5 мл шприцев</p> <p>б) через щитовидно-перстневидную мембрану</p> <p>в) на уровне 2-3 кольца трахеи</p> <p>г) ниже 2-3 кольца трахеи</p> <p>д) иглами от инфузионной системы или иглами Дюфо</p> <p>Эталон ответа: в д</p>	ПК-9
110	<p>В каком положении следует проводить транспортировку пациента с острым повышением внутричерепного давления</p> <p>а) лежа на спине с приподнятым ножным концом</p> <p>б) лежа на спине с приподнятым головным концом</p> <p>в) сидя</p> <p>г) лежа на животе</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-9
111	<p>При ожоговом шоке у ребенка необходимо проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе, если имеется</p> <p>а) болевой синдром</p> <p>б) артериальная гипотензия</p> <p>в) возбуждение</p> <p>г) нарушение сознания</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-9
112	<p>Выберите правильное положение пациента с инородным телом верхних дыхательных</p>	ПК-9

	<p>путей в стабильном состоянии во время транспортировки</p> <p>а) лежа на спине б) вполоборота в) строго сидя г) полулежа</p> <p>Эталон ответа: в</p>	
113	<p>Для терапии мерцательной тахикардии, возникшей у больного с синдромом слабости синусового узла, на догоспитальном этапе целесообразнее использовать</p> <p>а) дигоксин б) верапамил в) пропранолол г) новокаинамид</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-9
114	<p>Выберите дозировку адреналина для внутрисердечного введения при сердечно-легочной реанимации у детей</p> <p>а) 1% р-р адреналина 0,05 мл/год жизни б) 0,1% р-р адреналина 0,2 мл/год жизни в) 0,1% р-р адреналина 0,05 мл/год жизни г) 5 мкг/кг каждые 10 минут</p> <p>Эталон ответа: в</p>	ПК-9
115	<p>Выберите необходимый интервал времени между разрядами при проведении электрической дефибрилляции</p> <p>а) 1-2 минуты б) 3-4 минуты в) 5 минут</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-9
116	<p>Выберите, при каком состоянии прогноз для жизни благоприятнее</p> <p>а) фибрилляция желудочков б) асистолия в) электромеханическая диссоциация</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-9
117	<p>Если после проведения приема Геймлиха инородное тело в верхних дыхательных путях не удалено, а ИВЛ-экспираторным методом осуществить извлечение возможно, то необходимо провести</p> <p>а) интубацию трахеи б) прием Геймлиха продолжают до удаления инородного тела в) трахеостомию г) коникотомию</p> <p>Эталон ответа: а</p>	ПК-9
118	<p>Показанием для перевода ребенка в шоковом состоянии на ИВЛ при отсутствии дыхательных расстройств является</p> <p>а) судорожный синдром б) гипотензия ниже 70 мм рт. ст., не поддающаяся терапии в течение 30 минут в) потеря сознания г) гипотермия д) гипертермия</p> <p>Эталон ответа: б</p>	ПК-9
119	<p>Определите показания к проведению антиаритмической терапии у детей на догоспитальном этапе</p> <p>а) высокая частота сердечных сокращений б) повышение артериального давления в) понижение артериального давления г) загрудинные боли, симптоматика недостаточности мозгового кровообращения</p>	ПК-9

	д) левожелудочковая недостаточность Эталон ответа: в г д	
120	В чем заключается и в какой последовательности выполняется прием Сафара а) запрокидывание головы б) открытие рта в) выдвижение нижней челюсти г) поворот головы в бок д) надавливание на корень языка Эталон ответа: а б в	ПК-9
121	Чем характеризуется синкопальное состояние в клинической картине обморока а) кратковременная потеря сознания б) бледность кожных покровов в) сужение зрачков г) поверхностное брадикапноэ Эталон ответа: а б в г	ПК-9

**Задания для оценки практических навыков
при промежуточной аттестации
по итогам освоения дисциплины «Поликлиническая педиатрия»**

Задача 1: ОПК-6 ПК-2 ПК-6 ПК-7

Мать с ребенком 8 лет обратилась на прием к врачу педиатру в связи с тем, что на шее ребенка слева была обнаружена опухоль. Температура тела не повышалась, других жалоб не было. При осмотре врач обнаружил, что опухоль связана с увеличенными шейными лимфоузлами, множественными размерами от фасоли до сливы, безболезненных, плотноэластической консистенции. Другие группы лимфоузлов без особенностей, по органам патологии не выявлено.

Вопрос:

1. Ваша тактика по отношению к больному, как участкового врача.
2. Перечислите этапы формирования оптимального уровня здоровья детей.
3. Какие документы заполняет участковый врач при экспертизе временной нетрудоспособности.

Ответ.

1. 1. Направьте ребенка в стационар детской больницы на обследование.
2. Предварительно в условиях поликлиники можно сделать анализ крови, показать ребенка ЛОР-врачу и врачу-стоматологу.
2. 1 этап - формирование здоровья будущих родителей.
2 этап - формирование здоровья в период зачатия.
3 этап - формирование здоровья в период беременности.
4 этап - формирование здоровья в период родов.
5 этап - формирование здоровья в постнатальный период развития ребенка.
3. 1. Листок временной нетрудоспособности.
2. Запись в истории развития ребенка.
3. Справка в детские ясли, сад или школу.

Задача 2: ПК-2

Мальчик, 1 год. При комплексной диагностике здоровья ребенка получены следующие данные: выраженная отягощенность генеалогического анамнеза (ИГО=0,8), неотягощенные биологический и социальный анамнез; нормальная длина при нормальной массе тела; 3 группа НПР 1 степень; низкая резистентность; нормальное функциональное состояние.

Определите группу здоровья ребенка.

Ответ:

Группа здоровья 2 (3 группа НПР, низкая резистентность).

Задача 3: ПК-2

Мальчик, 1 год. При комплексной диагностике здоровья ребенка получены следующие данные: Генеалогический и биологический анамнез отягощен. Социально-средовой анамнез не отягощен. Физическое развитие: длина- 3 коридор, масса – 8 коридор, ОГК – 6 коридор. НПР 3 группа, 2 степень. За год перенес 5 острых заболеваний. Функциональное состояние плохое. Хронических заболеваний нет.

1. Дайте оценку физического развития, резистентности ребенка.
2. Определите группу здоровья ребенка.

Ответ:

1. ФР – длина – нормальная, масса – высокая, средний уровень физического развития, резко дисгармоничное, макросоматотип. Низкая резистентность.
2. Группа здоровья 2 (высокая масса, 3 группа НПР, низкая резистентность), по физическому развитию можно поставить 3 группу здоровья (масса 8 коридор – группа диагностики).

Задача 4: ПК-2

Мальчик, 1 год. Различает предметы по форме; ищет спрятанную другим ребенком игрушку; кормит собачку, мишку, катает машинку; держась за опору, поднимается на невысокую поверхность и спускается с нее; идет вперед с поддержкой за обе руки; понимает слово «нельзя»; произносит первые слова- обозначения – ав-ав, кис-кис; самостоятельно пьет из чашки, берет ее руками.

1. Дайте оценку нервно-психического развития ребенка и сделайте назначения по НПР.

2. Как соотносится данная группа НПР с группами здоровья?

Ответ:

1. 3 группа НПР, нижегармоничное.

ДО 10 мес

АР 11 мес

Назначения – на следующий эпикризный срок. Требуется консультация не только педиатра, врачей – специалистов, но и дополнительные воспитательные воздействия.

2. Группы здоровья: 1 – не встречается, 2,3,4 – встречается достаточно часто.

Задача 5: ПК-2

Оцените факторы, определяющие и критерии, характеризующие здоровье и определите группу здоровья девочки, 7 лет, если из анамнеза известно, что индекс генеалогической отягощенности 1,0. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, срочных благополучных родов. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 53 см. Родители девочки имеют высшее образование, живут в отдельной благоустроенной квартире, отец курит. В течение последнего года девочка болела ОРВИ 3 раза, перенесла краснуху. Наблюдается у ортопеда по поводу нарушения осанки. Осмотр стоматолога – кариес зубов средней активности. Для девочки характерно неустойчивое эмоциональное состояние, плаксивость и раздражительность, сон беспокойный, неустойчивый аппетит. ЧСС 22 в мин., ЧСС 85 в мин., АД 100/70 мм.рт.ст., гемоглобин - 124 г/л. Масса тела - 16,3 кг. Длина тела - 112 см. Окружность грудной клетки - 54 см.

Ответ:

Группа здоровья – II (физическое развитие, низкая резистентность, функциональное состояние – плохое, т.к. поведение с отклонениями; нарушение осанки, кариес).

Высокая отягощенность генеалогического анамнеза, биологический анамнез не отягощен. Социально - средовой – отягощён (курение отца).

Группа внимания по физическому развитию (диспансерная). Масса, длина, окружность грудной клетки – 2 коридор. Низкая масса при низкой длине. Уровень физического развития – низкий. Гармоничное развитие. Микросоматотип.

Низкая резистентность. Функциональное состояние – плохое. Поведение с отклонениями (в эмоциональном и вегетативном статусе).

Патологические отклонения: Нарушение осанки. Кариес средней активности.

Задача 6: ПК-2

Оцените физическое развитие и НПР мальчика, возраст которого 2 г. 3 месяца, если известно, что длина тела – 86 см, масса тела 11,8 кг, окружность грудной клетки – 49 см.

Мальчик понимает несложный сюжет по картинке, отвечая на вопросы взрослого «что здесь нарисовано?», понимает короткий рассказ о событиях, знакомых ребенку по опыту; обобщает предметы по существенным признакам в активной речи; мальчик использует предложения из 3–4 слов; подбирает по образцу предметы, отличая от других сходных по форме; ориентируется в 3–4 величинах предметов; подбирает по образцу 3 контрастных цвета; в игре воспроизводит ряд последовательных действий; перешагивает через препятствие чередующимся шагом; поднимается на высоту 15–20 см и спускается с нее; частично раздевается с небольшой помощью взрослого.

Ответ:

Физическое развитие: масса и длина – 4, окружность грудной клетки – 3 коридор. Нормальная масса при нормальной длине тела. Уровень физического развития – средний. Гармоничное развитие. Мезосоматотип.

II группа НПР, I степень задержки (Навыки - 1 э.с. ; в 2 года ребенок должен частично одеваться).

Задача 7: ПК-2

Оцените физическое развитие и НПР мальчика, возраст которого 3 мес.: длина мальчика 59 см, масса тела 5,350 кг, окружность грудной клетки – 39 см.

При оценке показателей НПР у мальчика возникает «комплекс оживления» в ответ на эмоциональное обращение; он ищет источник звука; сосредоточивает взгляд на лице говорящего с ним; наталкивается руками на игрушки, висящие над грудью на высоте 10–15 см; лежит на животе, опираясь на предплечья и высоко поднимая голову, при поддержке под мышки крепко опирается о твердую опору ногами; длительно удерживает голову в вертикальном положении.

Ответ:

Физическое развитие: масса, длина тела, окружность грудной клетки в 4 коридорах. Нормальная масса при нормальной длине тела. Уровень физического развития – средний. Гармоничное развитие. Мезосоматотип. НПР I группа, нормальное развитие (Э – 3 мес., СА- 3 мес., ЗА – 3 мес., ДР- 3 мес., ДО – 3 мес.)

Задача 8: ПК-6 ПК-9 ПК-8

Врача детского оздоровительного лагеря вызвали случайные прохожие, увидевшие тонущего ребенка в озере рядом с лагерем. При осмотре на берегу озера лежит ребенок, предположительный возраст 9-10 лет, без сознания, в мокрой одежде. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, отмечается цианотичность губ, изо рта и носа вытекает вода. Гипорефлексия. В легких дыхание ослаблено, западение уступчивых мест грудной клетки и грудины на вдохе, ЧДД – 30 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 уд/мин, пульс слабого наполнения и напряжения, ритмичный. АД – 80/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш диагноз?

2. Ваши действия на месте осмотра (первая мед.помощь).

3. Ваши действия в мед.пункте оздоровительного лагеря (помощь на догоспитальном этапе).

4. Дальнейшая тактика.

Ответ.

1. Утопление.

2. На месте: -очистить ротовую полость, -перегнуть пострадавшего через бедро, ударами ладони между лопатками удалить воду.

3. В мед.пункте: -раздеть ребенка, растереть спиртом, укутать в одеяло, -ингаляции 60% кислородом, -ввести зонд в желудок, -ввести в мышцы дна полости рта возрастную дозу атропина, -полиглюкин 10мл/кг в/в; преднизолон 2-4 мг/кг.

4. Подлежит экстренной госпитализации в реанимационное отделение ближайшей больницы

Задача 9: ПК-6 ПК-8 ПК-9

Выполняя первичный вызов на дом, Вы диагностировали у 6 мес. ребенка ОРВИ, назофарингит. Пока Вы давали маме рекомендации по лечению, у ребенка на фоне субфебрилитета внезапно развился судорожный синдром. Ваши действия? (для получения дополнительных сведений о ребенке используйте ф.112/у).

Ответ

1. Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка в реанимационное отделение.

2. Проверить и обеспечить проходимость дыхательных путей.
3. Оксигенотерапия или доступ свежего воздуха.
4. Седуксен 0,5% - 0,1 мл/кг в/в или в/м.
5. Сернокислая магнезия 25% - 0,2 мл/кг в/м.
6. Литическая смесь при гипертермии.
7. Оформить направление на госпитализацию.

Задача 10: ПК-6 ПК-8 ПК-9

Вы врач летнего оздоровительного лагеря. К Вам в медпункт доставлен ребенок 8 лет с анафилактическим шоком, развившимся на укус пчелы. Ваши действия?

Ответ

1. Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка.
2. Адреналин 0,5 мл подкожно и обкалывание места укуса адреналином с физ.раствором, предварительно вынув жало и наложив жгут на 5-8 мин.
3. Преднизолон 5-10 мг/кг в/в.
4. Антигистаминные препараты – супрастин (0,2 мг/кг).
5. Оксигенотерапия.
6. Транспортировка с опущенным головным концом (возможна только при артериальном давлении не ниже 70 мм рт. ст.). В противном случае все реанимационные мероприятия (инфузия кровозаменителей, альфа-адреномиметики) проводятся на месте.

Задача 11: ПК-6 ПК-8 ПК-9

В поликлинику на прием к участковому педиатру пришла мама с ребенком 6 лет с жалобами на лихорадку до 37,8С и боли в горле у ребенка. При осмотре врач заподозрил дифтерию. Проведите противоэпидемические мероприятия в поликлинике и возьмите посев на бациллы Леффлера со слизистой зева и носа.

Ответ

При малейшем клиническом подозрении на дифтерию больным (в первую очередь — ангиной) необходимо выполнить два посева слизи из зева и носа на дифтерийную палочку. Предварительный ответ бывает готов на 2-й день, а окончательный — на 3–5-е сутки.

Противоэпидемические мероприятия

1. Изоляция больного проводится в стационаре до полного клинического выздоровления и бактериологического очищения (2 отрицательных анализа на ВЛ, взятых с двухдневным промежутком). Допуск в детское учреждение после дополнительного однократного бактериального анализа на ВЛ. Госпитализация носителей токсигенных штаммов обязательна. Их изоляция прекращается после санации и двух отрицательных анализов на ВЛ, взятых через 3 дня после окончания лечения. Допуск в детское учреждение без дополнительного бактериального анализа.

2. Работа с контактными. На контактных с дифтерийным больным или бактерионосителем накладывается карантин до получения окончательного ответа бактериологического исследования, но не менее чем на 7 дней. В течение этого времени всех контактных детей и взрослых необходимо ежедневно осматривать, обращая внимание на зев и другие слизистые, кожу, проводить термометрию. В первые дни изоляции все контактные должны быть осмотрены оториноларингологом. Для предупреждения распространения инфекции проводится активная иммунизация дифтерийным анатоксином тех контактных, у которых подошел срок очередной вакцинации или ревакцинации, а также детей и взрослых, не получавших прививок от дифтерии в течение предшествовавших 10 лет. Для иммунизации используется анатоксин в составе АДС, АДС-М или АД-М, который вводится однократно внутримышечно в дозе 0,5 мл. Ранее привитым детям, у которых при серологическом обследовании на дифтерийный антитоксин в сыворотке крови титр антитоксина ниже или равен 1/20 по РНГА, необходимо срочно провести иммунизацию дифтерийным анатоксином в связи с высоким риском развития токсических форм дифтерии при заражении.

3. Дезинфекция. В очаге дифтерии после госпитализации больного должна быть проведена тщательная заключительная дезинфекция с использованием 1%-го раствора хлорамина.

Критерии выздоровления

Выздоровление от дифтерии констатируется врачом детского инфекционного стационара. Больных дифтерией выписывают не ранее 14-го дня после исчезновения всех клинических симптомов болезни, при отсутствии осложнений и при бактериологическом очищении. Заключение о бактериологической санации после дифтерии дают при двух отрицательных посевах слизи из зева и носа на дифтерийную палочку.

Диспансерное наблюдение

Проводится за реконвалесцентами токсической формы дифтерии в течение 12 месяцев педиатром, кардиологом, невропатологом, оториноларингологом. Иммунизация проводится в обязательном порядке всем реконвалесцентам по истечении 3-х месяцев. Перенесенная дифтерия не приравнивается к ревакцинации.

Задача 12: ПК-6 ПК-9

Вы врач в детском саду. Произошло ЧП – шестилетняя девочка смогла открыть ящик в столе воспитателя и нашла там коробку с витаминами (драже). Решив, что это конфеты ребенок проглотил около 20 драже. Ваши действия.

Ответ

1. Вызвать на себя бригаду скорой помощи
2. Промыть ребенку желудок.
3. Госпитализировать ребенка в обязательном порядке.

Задача 13: ПК-9 ПК-8

Вы врач летнего оздоровительного лагеря.

В течение последней недели стояла жаркая сухая погода, с температурой воздуха в дневные часы 29-30° С в тени. Во второй половине дня к вам привели ребенка 10 лет, который жаловался на вялость, тошноту, снижение остроты зрения. При осмотре Вы обратили внимание на покраснение лица, повышение температуры тела до 37,8° С, учащение дыхания, тахикардию. Из анамнеза известно, что ребенок более 2-х часов до обеда играл в «пляжный волейбол».

В процессе осмотра тахикардия сменилась брадикардией, появился бред, галлюцинации, ребенок потерял сознание, произошла остановка сердца и дыхания.

Ваши действия:

1. До потери сознания ребенком.
2. После потери сознания и остановки сердца и дыхания у ребенка.

Ответ Тепловой удар

Неотложная помощь:

1. До потери сознания ребенком.

1. Переместить ребенка в прохладное помещение; уложить в горизонтальное положение, голову покрыть пеленкой, смоченной холодной водой.

2. При начальных проявлениях теплового удара и сохраненном сознании дать обильное питье глюкозо - солевого раствора (по 1/2 чайной ложки натрия хлорида и натрия бикарбоната, 2 ст. ложки сахара на 1 л воды) не менее объема возрастной суточной потребности в воде.

3. При развернутой клинике теплового удара проводить физическое охлаждение холодной водой с постоянным растиранием кожных покровов (прекратить при снижении t тела ниже 38,0°С);

2. После потери сознания и остановки сердца и дыхания у ребенка.

1. - обеспечить доступ к вене и начать в/в введение раствора Рингера или «Трисоли» в дозе 20 мл/кг час;

2. - при судорожном синдроме ввести 0,5% раствор седуксена 0,05-0,1 мл/кг (0,3-0,5 мг/кг) в/м;

3. - оксигенотерапия;

4. - при прогрессировании расстройств дыхания и кровообращения показано проведение СЛР.

Госпитализация детей с тепловым или солнечным ударом в реанимационное отделение после оказания первой помощи. Детям с начальными проявлениями без утраты сознания госпитализация показана при сочетании перегревания с диареей и соледефицитным обезвоживанием, а также при отрицательной динамике клинических проявлений при наблюдении за ребенком в течение 1 часа.

Задание 14: ПК-2

Проведите противозидемические мероприятия в детской больнице при выявлении случая ветряной оспы.

Ответ

Противозидемические мероприятия

1. Изоляция больного с момента заболевания до выздоровления (до 5-го дня после последнего подсыпания). В среднем изоляция прекращается через 10 дней от момента высыпания.

2. Разобщение контактных: разобщение не болевших детей в возрасте до 7 лет с 11-го по 21-й день от момента контакта. При повторных случаях заболевания в детском учреждении разобщение не применяется. Контактных следует ежедневно осматривать для выявления сыпи и проводить термометрию.

3. Карантин в коллективе 21 день.

4. Дезинфекция не проводится, достаточно ежедневной влажной уборки и частого проветривания помещения.

Задание 15: ПК-2

По предложенной истории развития (ф. 112/у) оценить уровень нервно-психического развития данного ребенка в возрасте 12 мес.

Ответ

НПР: 3 группа, задержка 1 степени (ДО - 2, АР - 2).

Задание 16: ПК-2

По предложенной истории развития (ф. 112/у) оценить уровень физического развития данного ребенка в возрасте 12 мес.

Ответ

Физическое развитие: длина - 3, масса - 8, ОГК - 5 коридор. Очень высокая масса при длине ниже среднего. Уровень физического развития ниже среднего. Резко дисгармоничное развитие, макросоматотип.

Задание 17: ПК-2

По предложенной истории развития (ф. 112/у) провести оценку резистентности данного ребенка в возрасте 1 года 3 мес.

Ответ

Резистентность: низкая (5 острых заболеваний за год).

Задание 18: ПК-2

По предложенной истории развития (ф. 112 / у) провести оценку факторов, определяющих здоровье данного ребенка (возраст ребенка 1 год 6 мес.)

Ответ

Отягощенный биологический анамнез: выкидыш, токсикоз 1-ой половины беременности, анемия беременных, раннее искусственное вскармливание.

Отягощенный генеалогический анамнез (ИГО - 1,3).

Отягощенный социальный анамнез - пассивное курение, недостаточная жилплощадь.

Задание 19: ПК-2

Провести противоэпидемические мероприятия в детской больнице при выявлении случая кори.

Ответ

Изоляция больного с момента выявления до 5 дня от начала высыпания.

Разобщение контактных с 8 по 21 день от начала контакта.

Карантин: с момента изоляции больного до 17 – го дня. При проведении пассивной иммунизации контактных карантин продлевается до 21 дня. Дезинфекция – не проводится.

Задание 20: ПК-2

Провести противоэпидемические мероприятия в детской больнице при выявлении случая скарлатины.

Ответ

Противоэпидемические мероприятия при скарлатине:

Изоляция больного с момента выявления не менее 22 дней, до полного клинико-лабораторного выздоровления и бактериологического очищения от гемолитического стрептококка.

Разобщение контактных на 7 дней со дня контакта. Ангина у ребенка, контактного с больным скарлатиной, трактуется как аналог данной инфекции.

Карантин: на 7 дней от момента изоляции больного.

Дезинфекция – текущая и заключительная.

Задание 21: ПК-2 ОПК-6 ПК-7

Тимофею И., 11 лет, рекомендовано санаторно-курортное лечение после стационарного лечения по поводу гастродуоденита. Подберите и перечислите документы, необходимые для оформления ребенка в санаторий.

Ответ

1.Справка для получения путевки (070/у).

2.Санаторно-курортная карта (072/у).

3.Выписка из истории развития ребенка.

4.Справка из облпотребнадзора об эпид. окружении.

5.Справка от дерматолога об отсутствии кожных заболеваний.

Задание 22: ПК-2

По предложенной истории развития (ф. 112/у) провести оценку резистентности данного ребенка в возрасте 1 года.

Ответ

Резистентность: низкая (4 острых заболевания).

Задание 23: ПК-2 ОПК-6 ПК-7

Евдокия Г., 13 лет, выписана из стационара с впервые установленным диагнозом «хронический холецистит». Подберите и перечислите необходимую медицинскую документацию, которая будет заведена на эту больную в поликлинике.

Ответ

1.История развития ребенка (112/у), вводный эпикриз.

2.Контрольная карта диспансерного больного (030/у).

3.Статистический талон (025-2/у).

Задание 24: ПК-2

Составьте план диспансерного наблюдения и оздоровительных мероприятий за ребенком 3,5 лет, перенесшего острую пневмонию.

Ответ

После острой пневмонии (старше 3 лет): осмотр 1 раз в квартал педиатр, 1 раз в квартал клинический анализ крови и общий анализ мочи. Назначения: витамины, фитотерапия (отвары шиповника, ромашки, крапивы), массаж, закаливание, адаптогены, ЛФК + дыхательная гимнастика.

Задание 25: ПК-2 ОПК-6 ПК-7

Вася П., 3 года, оформляется в детский сад. Перечислите, подберите из предложенных необходимые для этого документы. Какие специалисты должны осмотреть ребенка перед поступлением в ДДУ? Назначьте необходимые анализы.

Ответ

В истории развития ребенка - эпикриз; медицинская карта 026/у-2000.

Специалисты: невролог, ЛОР, ортопед, офтальмолог, стоматолог, логопед психолог. Если у ребенка имеется хроническая патология, то осматривают специалисты соответствующего профиля.

Анализы: кровь, моча, кал на я/г, соскоб на энтеробиоз.

Задание 26: ПК-2 ОПК-6 ПК-7

Петя Р., 7 лет, поступает в школу. Перечислите, подберите из предложенных Вам и необходимые для этого документы. Какие узкие специалисты и с какой целью осматривают ребенка перед поступлением в школу?

Ответ

В медицинской карте 026/у-2000 должны быть записи педиатра, невропатолога, офтальмолога, лора, хирурга, психолога, логопеда, стоматолога, дерматолога. Обязательная оценка готовности ребенка к обучению в школе по медицинским и психолого-педагогическим критериям.

Задание 27: ПК-2 ОПК-6 ПК-7

У Ксении Т., 4 года выявлена острая пневмония, по поводу чего она направляется на стационарное лечение. Перечислите и подберите из предложенных Вам документы, которые будут ее сопровождать?

Ответ

- а талон для направления на госпитализацию, ф. 028/у
- б. выписка из истории развития, ф. 027/у.

Задание 28: ПК-2 ОПК-6 ПК-7

Дмитрий Д., 8 лет, предположительно заболел дизентерией. Перечислите и подберите из предложенных Вам необходимые документы, которые являются специфичными для данной патологии?

Ответ

- а. экстренное извещение об инфекционном заболевании. ф.058/у.
- б лист учета работы в очаге инфекционного заболевания.

Задача 29: ПК-6 ОПК-6 ПК-7

У Лебедевой Галины Петровны, 26 лет, бухгалтера ЗАО «РИТМ» 1.05.2010 г. заболел 3-х летний сын Максим. Участковый педиатр диагностировал острую пневмонию. От стационарного

лечения мать отказалась. Ребенок лечился амбулаторно в условиях детской поликлиники №1 муз гкб № 6. 08.05 состояние ребенка ухудшилось и ребенок был госпитализирован вместе с матерью в стационар детского инфекционного отделения муз гкб № 6. Стационарное лечение продолжалось 12 дней, после чего ребенок был выписан из стационара с выздоровлением.

Оформите матери больничный лист по уходу за ребенком.

Ответ.

Больничный лист по уходу за больным ребенком младше 7 лет выдается маме с момента обращения на весь период острого заболевания.

Задание 30: ПК-6 ПК-9

Дайте интерпретацию общего анализа мочи, мальчик 4 мес.

Доставленное количество	50,0
Цвет	желтый
Удельный вес	1006
Прозрачность	мутная
Белок	0,099‰
Реакция	щелочная
Сахар	-
Ацетон	-
Осадок	активные лейкоциты 4-6 в п\зр.
Микроскопия осадка	
Эпителиальные клетки:	1-2 в п\зр
Плоские	-
Полиморфные	-
Лейкоциты	сплошь покрывают все поля зрения
Эритроциты	2-3 в п\зр
Цилиндры:	-
Гиалиновые	-
Зернистые	-
Восковидные	-
Клетки почечного эпителия	-
Соли	-
Слизь	Умеренное количество
Бактерии	Большое количество

Ответ: низкий удельный вес, повышенный белок, активные лейкоциты, бактерии – указание на воспалительный процесс в мочевом пузыре или почках

**Ситуационные задачи
для промежуточной аттестации
по итогам освоения дисциплины «Поликлиническая педиатрия»**

Задача 1: ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Вы выполняете вызов на дом к ребенку. Мальчику 1 год, масса тела 11100 г, рост 77 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 52 см. Родители ребенка здоровы. Мальчик от третьей беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, срочных благополучных родов. Первые 2 беременности закончились медицинским абортom. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 51 см. Течение неонатального периода не осложнено. К груди приложен в первые сутки. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни болел 5 раз ОРВИ.

Заболел остро, в день вызова. Жалобы на подъем температуры тела до 38⁰С, слабость, снижение аппетита, кашель. Из анамнеза известно, что два дня назад в семье отмечали День рождения ребенка и было много приезжих родственников, в том числе с детьми.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражен периорбитальный цианоз. Слизистые зева незначительно гиперемированы, из носовых ходов определяется слизистое отделяемое. Вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Наблюдается экспираторная одышка. ЧД 40 в мин. Над легкими - перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие свистящие и влажные хрипы по всей поверхности грудной клетки. Тоны сердца ритмичные. Со стороны органов пищеварения патологии нет. Стул и диурез не изменены.

Задание

1. Диагноз основного заболевания.
2. Тактика участкового педиатра на догоспитальном этапе.
3. Принципы лечения, в том числе на дому.

Эталон ответа

1. ОРВИ, бронхообструктивный синдром, ДН I.
2. Показания для госпитализации в специализированное отделение – возраст ребенка, ДН, диагностика атопии (при невозможности госпитализировать – организация стационара на дому).
3. Лечение до госпитализации: отхаркивающие и разжижающие мокроту средства, запрещаются средства, подавляющие кашлевой рефлекс. Бронхолитики, β₂ - адреномиметики.

Задача 2: ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Поступил вызов врача «скорой помощи» в 4 часа утра к мальчику 3,5 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,5⁰С, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.

До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не чаще 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Детский сад не посещает.

При осмотре ребенок возбужден, кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины увеличены до 2 степени, без налетов. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧДД - 35 в минуту, ЧСС – 126 уд/мин., АД – 85/45 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги.

Задание:

1. Ваш диагноз?

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Дальнейшая тактика врача.
5. Какие осложнения угрожают ребенку?

Эталон ответа

1. ОРВИ, ларингит, стеноз гортани II.

2. С обструктивным бронхитом (наличие хрипов в легких, отсутствие инспираторной одышки, отсутствие лающего кашля и осиплости голоса), с дифтерией (налеты в зеве, гортани, миндалинах, ярко выраженный отек подкожной клетчатки, эпид. анамнез, медленное развитие инспираторной одышки), с инородным телом (анамнез, резкое развитие симптомов на холодном фоне), с коклюшем.

3. Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка.

Оксигенотерапия или доступ свежего прохладного воздуха (теплая одежда).

Теплое щелочное питье.

С целью снятия возбуждения 1 ч.л. 3% р-ра бромистого натрия или седуксен 0,5% - 0,1 мл/кг в/м. (противопоказано при гиперсекреторной форме).

Спазмолитики: эуфиллин 2,4% - 0,1 мл/кг в/в или но-шпа 2% - 1 мл в/м, или баралгин- 0,25 мл.

Антигистаминные препараты – пипольфен 2,5% - 0,5 мл в/м.

Преднизолон 1 мг/кг (до 60 мг) в/м.

Оформить направление на госпитализацию.

4. Немедленная госпитализация (транспортировка с приподнятой головой).

5. Стеноз III степени, пневмония, как результат нарушения вентиляции легких, нейротоксикоз на фоне ОРВИ.

Задача 3: ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Выполняя первичный вызов на дом, Вы диагностировали у 9 мес. ребенка ОРВИ, назофарингит. Состояние средней тяжести, температура тела на момент осмотра 39,5 °С. В анамнезе у ребенка имел место судорожный синдром?

При осмотре: общее состояние средней тяжести, аппетит снижен, сон беспокоен. Кожные покровы бледные, влажные, выраженный периорбитальный цианоз, лимфоузлы не увеличены. Конечности на ощупь холодные. Слизистые зева слегка гиперемированы, из носовых ходов обильное слизистое отделяемое. Дыхание жесткое. Тоны сердца ясные, ритмичные. По остальным органам и системам без патологических изменений. Стул и диурез не нарушен. Частота сердечных сокращений – 130 в 1 мин., частота дыханий - 27 в 1 мин, артериальное давление 95/45 мм рт. ст., Нв - 126 г/л.

Задание

1. Ваша тактика по оказанию неотложной помощи на дому.

2. Имеются ли показания для госпитализации?

Эталон ответа

1. Все мероприятия по неотложной терапии лихорадки следует начинать со следующих мероприятий: больного укладывают в постель для снижения теплопродукции; снимают лишнюю одежду; дают обильное питье (при "белой" лихорадке питье должно быть теплым, ребёнку согревают руки и ноги).

Обеспечить доступ свежего воздуха, не допуская сквозняков.

Назначить обильное питье (на 0,5-1 л больше возрастной нормы жидкости в сутки).

Противопоказаны физические методы охлаждения.

Одновременно с жаропонижающими средствами (парацетамол (ацетаминофен, фервекс, панadol, калпол, тайлинол, эффералган упса и др.) в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или в свечах ректально 15-20 мг/кг или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг (для детей старше 1 года) дать сосудорасширяющие препараты внутрь или внутримышечно: папаверин или но-шпа в дозе 1 мг/кг внутрь; 2% раствор папаверина детям до 1 года — 0,1-0,2 мл, старше 1 года — 0,1-0,2 мл/год жизни или раствор но-шпы в дозе 0,1 мл/год жизни, или 1% раствор дибазола в дозе 0,1 мл/год жизни;

Если в течение 30 - 45 мин. температура тела не снижается, ввести антипиретическую смесь внутримышечно:

- - 50% раствор анальгина детям до года — в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года — 0,1 мл/год жизни;
- - 2,5% раствор пипольфена (дипразина) детям до года — в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года - 0,1-0,15 мл/год жизни. Допустима комбинация лекарственных средств в одном шприце.
- в неотложной терапии этого состояния, возможно применять препараты, разрывающие “порочный круг” на уровне ганглиев - ганглиоблокаторы. С этой целью используются в/м:
 - - пентамин 5 % - 0,04 - 0,08 мл/кг - до 1 года; 0,02 - 0,04 мл/кг - от 1 до 3-х лет; 0,01 - 0,02 мл/кг - с 5 - 7 лет.
 - - бензогексоний 2,5 % - в тех же дозах, что и пентамин.

2. Дети с гипертермическим синдромом, а также с некупирующейся «белой» лихорадкой после оказания неотложной помощи должны быть госпитализированы. Выбор отделения стационара и этиотропной терапии определяется характером и тяжестью основного патологического процесса, вызвавшего лихорадку.

Задача 4: ПК-6 ПК-8 ПК-9

Вы участковый педиатр, выполняете вызов к ребенку на дому.

Мальчику 1 год, масса тела 10500 г, длина тела 75 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 50 см, 7 зубов. Мать ребенка страдает сахарным диабетом, отец здоров. Ребенок от первой благополучной беременности, срочных родов в ягодичном предлежании. Масса тела при рождении 4100 г, длина тела 49 см. Течение неонатального периода не осложненное. К груди приложен на первые сутки. Пуповина отпала на 4 сутки. БЦЖ привит в роддоме. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни не болел. Привит трехкратно вакциной АКДС. Осмотрен ортопедом, невропатологом, офтальмологом, эндокринологом - патологии не выявлено. Сахар крови - 4,4 ммоль/л.

Месяц назад ребенок перенес грипп. За день до вызова у ребенка появилась слабость, частое недержание мочи, сонливость, бледность и сухость кожных покровов, запах «кислых яблок» из выдыхаемого воздуха, холодный пот, тремор мышц конечностей и туловища, слюнотечение, раздражительность. Температура тела нормальная, пульс учащен, АД снижено. В процессе Вашего осмотра ребенок потерял сознание, появились тонико-клонические судороги, реакция зрачков на свет отсутствует.

Задание

1. Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
2. Ваша тактика при оказании первой и неотложной мед.помощи.

Эталон ответа

1. Сахарный диабет 1 типа, манифестация, кетоацидотическая кома.

Дифференциальная диагностика диабетических ком у детей:

Критерий	Кетоацидотическая	Гиперосмолярная	Лактацидемическая	Гипогликемическая
Начало	постепенное	острое	острое	острое
Температура тела	снижена	чаще повышена	норма	норма
Дыхание	типа Куссмауля	частое поверхностное	типа Куссмауля	поверхностное
Запах ацетона в выдыхаемом воздухе	выраженный	нет	нет	нет
Признаки дегидратации	выраженный	резко выражен	слабо выражен	нет

ции	ные	женные	женные	
Судороги	нет	часто	нет	часто
Концентрация сахара в крови	резко повышена	резко повышена	норма	резко снижена
Концентрация кетоновых тел в крови	резко повышена	норма	норма	низкая
Концентрация натрия в плазме	снижена	повышена	норма	норма
КОС	метаболический ацидоз	норма	метаболический ацидоз	норма
Уровень мочевины в крови	повышен	повышен	повышен	норма
Уровень лактата в крови	повышен	норма	резко повышен	норма
Осмолярность плазмы	слегка повышена	резко повышена	норма	норма

2.

1) Вызов неотложной помощи на дом

2) Неотложная терапия гипергликемической комы до приезда «скорой»: в/в струйно на 10 мл 0,9% NaCl 1 ед простого инсулина (короткого действия – актрапид).

Задача 5: ПК-6 ПК-8 ПК-9

Вы врач летнего оздоровительного лагеря.

В течение последней недели стояла жаркая сухая погода, с температурой воздуха в дневные часы 29-30° С в тени. Во второй половине дня к вам привели ребенка 10 лет, который жаловался на вялость, тошноту, снижение остроты зрения. При осмотре Вы обратили внимание на покраснение лица, повышение температуры тела до 37,8° С, учащение дыхания, тахикардию. Из анамнеза известно, что ребенок более 2-х часов до обеда играл в «пляжный волейбол». Ваши действия ?

Эталон ответа

Возможно это ранние признаки солнечного удара: вялость, тошнота, снижение остроты зрения, покраснение лица, повышение температуры тела, учащение дыхания, тахикардия. В дальнейшем может отмечаться потеря сознания, бред, галлюцинации, смена тахикардии брадикардией. При отсутствии помощи возможна смерть ребенка при явлениях остановки сердца и дыхания

Неотложная помощь:

1. Переместить ребенка в прохладное помещение; уложить в горизонтальное положение, голову покрыть пеленкой, смоченной холодной водой.

2. При начальных проявлениях теплового удара и сохраненном сознании дать обильное питье глюкозо - солевого раствора (по 1/2 чайной ложки натрия хлорида и натрия бикарбоната, 2 ст. ложки сахара на 1 л воды) не менее объема возрастной суточной потребности в воде.

3. При развернутой клинике теплового удара:

- проводить физическое охлаждение холодной водой с постоянным растиранием кожных покровов (прекратить при снижении t тела ниже 38,5°С);

- обеспечить доступ к вене и начать в/в введение раствора Рингера или «Трисоли» в дозе 20 мл/кг час;

- при судорожном синдроме ввести 0,5% раствор седуксена 0,05-0,1 мл/кг (0,3-0,5 мг/кг) в/м;

- оксигенотерапия;

- при прогрессировании расстройств дыхания и кровообращения показано проведение интубации трахеи и перевод на ИВЛ.

Госпитализация детей с тепловым или солнечным ударом в реанимационное отделение после оказания первой помощи. Детям с начальными проявлениями без утраты сознания госпитализация показана при сочетании перегревания с диареей и соледефицитным обезвоживанием, а также при отрицательной динамике клинических проявлений при наблюдении за ребенком в течение 1 часа.

Задача 6: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Вы участковый педиатр. К Вам в поликлинику на диспансерный прием пришла мама с ребенком. При осмотре: мальчику 1 год, масса тела 10800 г, длина 76 см, окружность головы 48 см, окружность грудной клетки 51 см. Родители ребенка здоровы, матери 26 лет. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, срочных благополучных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Течение неонатального периода не осложнено. К груди приложен в первые сутки. Пуповинный остаток отпал на 4-е сутки. БЦЖ привит в роддоме. Выписан из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни не болел. Привит трехкратно от дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита. Осмотрен ортопедом в 4-х месячном возрасте - выявлена дисплазия правого тазобедренного сустава, по поводу чего до настоящего времени получает лечение (физиопроцедуры, массаж). Осмотрен невропатологом - здоров; офтальмологом - патологии не выявлено. Мальчик активный, хорошо кушает, приучен к соблюдению режима сна и бодрствования. Ходит самостоятельно, выполняет разученные движения с предметами, произносит до 10 облегченных слов, подражает новым слогам, узнает по фотографии взрослых (маму, папу), самостоятельно пьет из чашки. При осмотре отклонений в деятельности основных органов и систем не выявлено. Частота сердечных сокращений – 120 в 1 мин., частота дыханий - 36 в 1 мин, артериальное давление 95/45 мм рт. ст., Нв - 126 г/л.

Через 3 дня после посещения мамой поликлиники у ребенка поднялась температура до 39,5°С; появились слизистое отделяемое из носа; редкий, сухой, непродуктивный кашель. Мама вызвала врача. При осмотре: общее состояние средней тяжести, аппетит снижен, сон беспокоен, кожные покровы бледные, выраженный периорбитальный цианоз, лимфоузлы не увеличены. Слизистые зева слегка гиперемированы, из носовых ходов обильное слизистое отделяемое. При перкуссии грудной клетки определяется укорочение перкуторного звука справа в нижних отделах. Дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в области укорочения перкуторного звука. Тоны сердца ритмичные. По остальным органам и системам без патологических изменений. Стул и диурез не нарушен.

Задания:

А. На приеме в поликлинике:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Определите группу здоровья ребенка.
3. Проведите оценку эффективности диспансеризации.
4. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.
5. Дайте рекомендации по рациональному питанию.

Б. Ваша тактика при посещении ребенка на дому:

1. Диагноз, дифференциальный диагноз, лабораторные назначения, лечение. Где лучше лечить ребенка (дома или в стационаре)?
2. Диспансерное наблюдение за ребенком после перенесенного заболевания.

Эталон ответа

А.

1. Неотягощенный генеалогический, биологический и социальный анамнез; нормальная длина при нормальной массе тела ;1 группа НПР; высокая резистентность; хорошее функциональное состояние; выявлена дисплазия правого тазобедренного сустава.
2. Группа здоровья 2.
3. Не соблюдены сроки осмотра ортопедом.

4. Режим N5, воспитательные воздействия на 1 г 3 мес, продолжать выполнять оздоровительные назначения ортопеда (массаж, парафин, широкое пеленание), на прием к педиатру в 1 г 3 мес.
5. Диета – общий протертый стол.

Б.

1. Острая правосторонняя очаговая нижнедолевая пневмония, неосложненная, ДН₀. Лечение лучше проводить в стационаре.

В крови лейкоцитоз выше $10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ более 20 мм/ч;

Рентгенологически - локальные изменения в легких, усиление легочного рисунка.

Дифференциальная диагностика. При пневмониях: возникают чаще после ОРВИ. Возбудителем является вирус или бактериальная флора. Начинается с резкого повышения температуры, резко выраженной интоксикации, головные боли. Боль при дыхании в грудной клетке на стороне поражения, часто выражена дыхательная недостаточность. Перкуторно – притупление на стороне поражения, аускультативно – ослабление дыхания, бронхофония усилена, крепитация. В стадии разрешения – влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Рентгенологически – усиление бронхолегочного рисунка и инфильтрация на стороне поражения. Лабораторно – увеличение СОЭ, выражен лейкоцитоз со сдвигом влево, возможен моноцитоз, эозинофилия. При бронхите: возбудитель - вирус парагриппа, возможно присоединение бактериальной флоры. Болеют чаще дети 2-го – 3-го года жизни на второй третий день ОРВИ, характерен аллергологический анамнез. Клинические симптомы: незначительное повышение температуры, характерен кашель со свистящим дыханием, экспираторные шумы. Перкуторно - коробочный звук над легкими. Аускультативно – жесткое дыхание с обилием сухих и крупно-, среднепузырчатых влажных хрипов. Интоксикация зависит от течения заболевания, лихорадка умеренная. Рентгенологически: усиление бронхолегочного рисунка. Лабораторно: лейкопения, эозинофилия, при аллергическом анамнезе - положительные кожные пробы, увеличение иммуноглобулина Е

Лечение:

- госпитализация при тяжелых проявлениях или наличии осложнений;
- обильное питье, частое дробное кормление ребенка, постельный режим не менее 3 - 5 дней;
- антибиотикотерапия (пенициллин 200000 ЕД/сутки, при неэффективности смена на ампиокс 100-150 ЕД/кг/сутки или гентамицин 4-8 мг/кг/сут);
- детоксикационная терапия (инфузионная терапия при среднетяжелом и тяжелом течении, оральная гидратация);
- жаропонижающие препараты (рекомендуется назначать после назначения антибиотиков);
- биопрепараты – бифидобактерин;
- интерферон 1 раз/2 часа интраназально;
- симптоматическая терапия;
- физиолечение (УВЧ, электрофорез);
- постуральный дренаж, вибрационный массаж.

2. Диспансерное наблюдение:

От 3-х месяцев до 1 года: педиатр 1 раз в месяц, клинический анализ крови и общий анализ мочи – 1 раз в месяц. От 1 года до 3-х лет - : педиатр 1 раз в 1,5 месяца; клинический анализ крови и общий анализ мочи – 1 раз в месяц.

Задача 7: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Вы участковый педиатр. К Вам в поликлинику на диспансерный прием пришла мама с ребенком. При осмотре: мальчику 1 год, масса тела 11000 г, рост 77 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 52 см, 8 зубов. Родители ребенка здоровы. Мальчик от второй беременности, протекавшей с токсокозом второй половины, срочных благополучных родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom по желанию матери. Масса тела при

рождении 3450 г, длина тела 52 см. Течение неонатального периода не осложнено. К груди приложен в первые сутки. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки. БЦЖ привит в роддоме на 5 сутки жизни. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни болел 4 раза ОРВИ. Привит трехкратно от дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита. Осмотрен в положенные сроки невропатологом, ортопедом и офтальмологом - патологии не выявлено. Ребенок активен, хорошо кушает, приучен к соблюдению режима сна и бодрствования. Различает предметы по форме, ищет спрятанную игрушку, кормит собачку, мишку, катает машинку, идет вперед с поддержкой за обе руки, понимает слово «нельзя»; подражая взрослым, повторяет за ними новые слоги, самостоятельно пьет из чашки. При физикальном обследовании патологических изменений со стороны деятельности основных органов и систем не выявлено. ЧСС - 118 уд/мин, ЧД - 36 в мин, артериальное давление - 90/45 мм рт. ст., Нв - 124 г/л.

На 7 сутки после посещения поликлиники у ребенка поднялась температура тела до 38⁰С, появилась слабость, снижение аппетита, кашель. Был вызван на дом врач. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражен периорбитальный цианоз. Слизистые зева незначительно гиперемированы, из носовых ходов определяется слизистое отделяемое. Вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Наблюдается экспираторная одышка. ЧД 40 в мин. Над легкими - перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие свистящие и влажные хрипы по всей поверхности грудной клетки. Тоны сердца ритмичные. Со стороны органов пищеварения патологии нет. Стул и диурез не изменены.

Задания:

А. На приеме:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Определите группу здоровья ребенка.
3. Проведите оценку эффективности диспансеризации.
4. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.
5. Дайте рекомендации по рациональному питанию.

Б. На дому:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика, проведите ее.
3. Назначьте лабораторные исследования.
4. Назначьте лечение.
5. Диспансерное наблюдение.
6. Тактика при проведении профилактических прививок.

Эталон ответа

А.

- Генеалогический и социальный анамнез не отягощены, отягощенный биологический (акушерский) анамнез - мед.аборт, предшествующий первой беременности; нормальная длина при нормальной массе тела; 3 группа НПР, задержка развития 1 степени; низкая резистентность; хорошее функциональное состояние.
- Группа здоровья 2.
- Диспансеризация эффективна, объем и сроки назначений соблюдены.
- Режим N5, воспитательные воздействия на 1 г 3 мес, на прием к педиатру в 1 г 3 мес.

1. Диета – общий протертый стол.

Б.

1. Острый обструктивный бронхит, ДН I.
2. Дифференциальная диагностика.

Критерий	Острый бронхит	Обструктивный бронхит	Бронхиолит	Бронхопневмония
Состояние	средней тяжести	средней тяжести	тяжелое	тяжелое
Дыхательная	нет	I - II степени	II - III степени	I - II степени

недостаточность				
Обструктивный синдром	нет	выражен	выражен	не выражен
Перкуссия и аускультация легких	ясный легочный звук	легочный звук с тимпанитом	легочный звук с тимпанитом	локальные постоянные хрипы, ослабленное дыхание над очагами
Рентгенография грудной клетки	Изменение сосудистого рисунка			очаговые и инфильтративные изменения
		признаки гипервентиляции		
Клинический анализ крови	норма	эозинофилия	лейкопения	воспалительная реакция

3. Рентгенография грудной клетки, клинический анализ крови.

Рентгенологически: двухстороннее усиление легочного рисунка, расширение корней легких, расширение легочных полей, низкое стояние и уплощение диафрагмы, горизонтальное расположение ребер.

4. Лечение:

- лечение на дому, госпитализации подлежат дети со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания;
- отвлекающие процедуры (ручные и ножные ванны, горячие обертывания грудной клетки, тепловые процедуры на грудную клетку) при снижении температуры;
- эуфиллин 4-6 мг/кг в сутки 4 раза в день per os или в/в (в тяжелых случаях), при отсутствии эффекта – 8-10 мг/кг;
- антигистаминные препараты: тавегил в дозе 0,0003 – 0,0005 г;
- лечебная физкультура - массаж (лучше вибрационный) грудной клетки, дыхательная гимнастика;
- фитотерапия (фиалка трехцветная, чабрец, лист мать-и-мачехи, корень солодки, корень девясила, трава багульника, лист подорожника) в виде отвара.

5. Диспансерное наблюдение:

- проводится с целью выявления аллергических реакций и предотвращения сенсибилизации;
- детям старше года с повторными обструктивными эпизодами целесообразно провести кожные пробы с наиболее распространенными аллергенами.

6. Профилактические прививки: профилактические прививки можно проводить при условии полного выздоровления

Задача 8: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Участковый педиатр посетил на дому по первичному вызову девочку 6 лет. Причиной вызова послужили боли в животе и повышенная температура. Ребенок постоянно проживает в другом городе, в настоящее время приехал на отдых к бабушке. При себе никакой медицинской документации не имеет. Врач выразила неудовольствие по поводу вызова врача на дом к иногороднему ребенку и посоветовала в следующий раз вызывать "скорую помощь", чтоб не отвлекать участкового педиатра.

Из анамнеза известно, что ИГО (индекс генеалогической отягощенности) 1,1. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, срочных благополучных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 50 см. Родители девочки имеют высшее образование, живут в отдельной благоустроенной квартире, родители курят. В течение последнего года девочка болела ОРВИ 2 раза, скарлатиной. Осмотр Лор - врача – гипертрофия небных миндалин II степени. Для

девочки характерно положительное эмоциональное состояние, сон спокойный, плохой аппетит. С окружающими охотно контактирует. Масса тела - 19 кг. Длина тела - 115 см. Окружность грудной клетки - 57 см.

К моменту осмотра врачом девочка предъявляет жалобы на боли в области пупка, тошноту. Температура тела 37.9 °С.

Объективно: Состояние средней тяжести. Бледная, вялая. В контакт входит с трудом, но сообщила, что боли в животе у нее появились не в первый раз. Обычно это случалось после избыточного приема жирной пищи. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Перкуторный звук над легкими ясный. Выслушивается везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Тоны - ясные, ритмичные. Живот правильной формы, умеренно вздут. При поверхностной пальпации безболезненный. При глубокой - выраженная болезненность ниже и правее пупка с иррадиацией в правую подвздошную область. Умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины. Печень - +0.5 см за краем реберной дуги, край печени гладкий, эластичный, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. Стула в день осмотра не было.

По cito был сделан клинический анализ крови и общий анализ мочи (результаты прилагаются)

Бабушка девочки сообщила, что сегодня за несколько часов до начала болей девочка употребляла в пищу пирожное с кремом. Мама ребенка страдает хроническим холециститом. Высказав предположение, что у девочки не в порядке печень, бабушка убедительно просила не госпитализировать ребенка.

Задания:

1. Предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифф. диагностику?
3. Тактика участкового врача.
4. Какие документы оформляет участковый врач на дому при госпитализации ребенка?
5. Возможно ли, в данном случае избежать госпитализации ребенка?
6. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности при условии, что бабушка работает.
7. Оцените факторы, определяющие и критерии, характеризующие здоровье ребенка. Определите группу здоровья (предполагая, что ребенок находится в «холодном периоде»).
8. Укажите ошибки, которые допустила врач во время осмотра с точки зрения этики и деонтологии. Как необходимо поступать в подобных случаях?

Эталон ответа

1. Диагноз основной: Острый аппендицит?
Диагноз сопутствующий: Дискинезия желчевыводящих путей?
2. Кишечная инфекция, о. пневмония и др.
3. Необходима обязательная консультация хирурга. Участковый врач должен вызвать на себя санитарный транспорт или бригаду скорой медицинской помощи и доставить девочку в хирургическое отделение лично или в сопровождении другого медработника.
4. Направление на госпитализацию.
5. Амбулаторное лечение до исключения острой хирургической патологии специалистом - исключено.
6. В данном случае больничный лист можно оформить на бабушку на весь период лечения.
7. Группа здоровья – II (гипертрофия небных миндалин II ст.)
Генеалогический и социально - средовой анамнезы отягощены. Биологический анамнез – не отягощен.

Физическое развитие (масса - 4, длина - 5, окружность грудной клетки – 4 коридоры). Средняя масса при средней длине тела. Уровень физического развития – средний. Гармоничное развитие. Мезосоматотип.

Средняя резистентность.

Гипертрофия небных миндалин II ст.

8. Врач – родители. Постараться, не напугав родственников, объяснить реальное положение вещей и угрозу для жизни ребенка. Обязательно и в срочном порядке госпитализировать ребенка в хирургическое отделение (право ребенка на жизнь и здоровье).

Задача 9: ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9

На профилактический прием в поликлинику пришла мама с ребенком. Мальчику 1 год, масса тела 11200 г, длина тела 72,5 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 50 см, 7 зубов. Мать ребенка страдает сахарным диабетом, отец здоров. Ребенок от первой благополучной беременности, срочных родов в ягодичном предлежании. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 49 см. Течение неонатального периода не осложненное. К груди приложен в первые сутки. Пуповина отпала на 4 сутки. БЦЖ привит в роддоме. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни болел 4 раза ОРВИ. Привит трехкратно вакциной АКДС. Осмотрен ортопедом, невропатологом, офтальмологом, эндокринологом - патологии не выявлено. Сахар крови - 4,4 ммоль/л. Ребенок активный, приучен к соблюдению режима сна и бодрствования, самостоятельно ходит, говорит до 10 облегченных слов, много и разнообразно действует с предметами, выполняет с ними разученные действия, узнает маму по фотографии, сам пьет из чашки. При осмотре ребенка педиатром патологии со стороны деятельности основных органов и систем не выявлено. ЧСС – 120 уд/мин, ЧД - 36 д/мин.

Мать долго благодарила врача за хорошее отношение к ее ребенку и пыталась вручить пакет с коробкой конфет. Врач отказалась, но в конце приема обнаружила оставленный пакет с конфетами около своего пальто.

Через месяц после посещения поликлиники у ребенка внезапно появились боли в животе. Боли носят острый коликообразный характер, продолжительность схватки 10 – 15 сек, постепенно усиливаются и обессиливают ребенка. После приступа наблюдаются 4 – 7 минутные периоды затишья. Одновременно с болями появилась рвота. Рвотные массы содержат желудочное содержимое. Стул с примесью крови и слизи, императивные позывы на дефекацию.

Задания:

А. На приеме в поликлинике:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Определите группу здоровья ребенка.
3. Проведите оценку эффективности диспансеризации.
4. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.

5. Как должен поступить врач в подобной ситуации с точки зрения медицинской этики и деонтологии?

Б.

1. С чем связано ухудшение состояния ребенка?
2. Какие объективные симптомы можно выявить при осмотре?
3. Клинико-лабораторные исследования и их данные, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Лечение.

Эталон ответа

А.

1. Социальный анамнез не отягощен, отягощенный генеалогический (сахарный диабет у матери) и биологический анамнез (роды в ягодичном предлежании), физическое развитие среднее, высокая масса при нормальной длине тела, 1-я группа НПР, низкая резистентность, хорошее функциональное состояние.

2. Группа здоровья 2.

3. Диспансеризация эффективна, объем и сроки назначений соблюдены. В дальнейшем индивидуализировать сроки осмотров и плановых назначений с учетом факторов риска в анамнезе.

4. Диета - общий протертый стол, режим N5, воспитательные воздействия на 1 г 3 мес, на прием к педиатру в 1 г 3 мес.

Б. 1. Инвагинация кишечника.

2-3. Диагностика:

- общее состояние в первые часы, в межприступный период практически не страдает; постепенно у ребенка нарастают явления шока, состояние близко к коллапсу;
- западение живота - с-м Данса («пустая» правая подвздошная область);
- пальпаторно - с-м опухолевидного образования в брюшной полости, чаще в илеоцекальной области, при поступлении в более поздние сроки инвагинат может смещаться под печень, в результате он не пальпируется;
- ректально - ампула прямой кишки расширена, пуста, наличие крови на перчатке появляется в позднем периоде;
- обзорная рентгенография брюшной полости - только косвенные признаки - в толстом кишечнике нет газа, отдельные петли кишечника раздуты, единичные уровни жидкости, тень инвагината.
- ирригография - задержка контраста в проксимальном отделе кишечника, с-мы клещей, стаканчика, кокарды, соленоида, расширение проксимального отдела кишки в области инвагината.
- УЗИ - с-м «мишени» - чередование экзогенных и гипоэхогенных участков.

4. Лечение:

Тактика:

- в первые 12 часов для подвздошно-ободочной и 36 часов для толсто-толстокишечной инвагинации возможно провести консервативную дезинвагинацию (гидродинамическая дезинвагинация, пневмоирригоскопия);
- показанием к оперативному лечению являются: тонкокишечная инвагинация, подозрение на перитонит, безуспешность консервативной дезинвагинации (абсолютное показание), поступление позднее 12 часов с начала заболевания, наличие механических причин инвагинации (полипы, дивертикулы и др.), наличие инвагинации любой формы и локализации в анамнезе.

Методы лечения:

- гидростатическое расправление - ирригоскопия с водной взвесью бария под давлением 120 mm Hg;
- пневмоирригоскопия (открытый способ, закрытый способ по Л.М.Рошалю, закрытое ступенеобразное расправление по В.М.Портнову);
- оперативная дезинвагинация;
- лапароскопическая дезинвагинация.
- Послеоперационное ведение:

при консервативном расправлении через 1 - 2 суток возможна выписка ребенка домой, при оперативном лечении сроки пребывания ребенка в стационаре определяются объемом оперативного вмешательства, состоянием ребенка; при неосложненном послеоперационном периоде выписка на 12 - 14 день.

Задача 10: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Катя Ф. 8 лет, масса 32 кг, заболела остро с повышения температуры тела до 38,8⁰С; появились головная боль, слабость, боль в горле при глотании. Мама вызвала участкового педиатра на дом. Врач обнаружила при объективном осмотре, что общее состояние ребенка средней тяжести. Ребенок вялый. Сон и аппетит нарушены. Температуры тела 38,5⁰С. Кожные покровы бледные, имеется мелкоточечная сыпь. Элементы сыпи нежно-розового цвета, располагаются по всему телу. Отмечается сгущение сыпи в естественных складках кожи - на шее, в подмышечных областях, паховых складках, подколенных ямках, а также на боковых поверхностях туловища. На фоне ярко-розовых щек и лба выделяется бледный носогубный треугольник. Слизистая оболочка рта, губы сухие, яркие, с трещинами. Язык сухой, обложенный. При осмотре зева обнаружена очень яркая, отграниченная гиперемия миндалин, дужек, язычка и мягкого неба. Небные миндалины увеличены до 1-2 степени, налетов нет. Подчелюстные

лимфатические узлы увеличены, болезненные при пальпации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 108 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Контакты ребенка с инфекционными больными мать отрицала.

После перенесенного заболевания у ребенка через 2 недели появились выраженные отеки. Артериальное давление 140/95 мм рт.ст., печень + 2 см, диурез 420 мл/сут. В анализах мочи: белок 10 г/л., гематурия, цилиндрурия (зернистые). Клинический анализ крови: анемия 1 степени, увеличение СОЭ до 20 мм\час. Биохимический анализ крови: остаточный азот повышен, умеренная гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, умеренная гипопропротеинемия.

Задания:

А.

1. Поставьте диагноз заболевания по классификации.
2. Какие патогномичные симптомы характерны для данного заболевания?
3. Какие изменения в гемограмме можно выявить при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Система наблюдения участковым педиатром за больным.
6. Назначьте план лечения.
7. Критерии выздоровления.
8. Какими принципами Вы будете руководствоваться при назначении диеты?
9. Какие осложнения могут встречаться при данном заболевании?
10. Лабораторные исследования.
11. Перечислите медицинскую документацию, заполняемую участковым врачом при

выявлении данного заболевания.

Б.

1. Какое осложнение развилось у ребенка после перенесенной воздушно-капельной инфекции?

2. Лечение.

3. Диспансерное наблюдение.

Эталон ответа

А.

1. Скарлатина, типичная форма, средней тяжести, неосложненное течение.

2. Симптом «малинового языка», «треугольник Филатова».

3. В крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево, увеличение СОЭ, при выздоровлении часто эозинофилия.

4. Дифференциальный диагноз с псевдотуберкулезом, краснухой, продромальной сыпью при ветряной оспе, потницей, аллергической сыпью.

5. Система наблюдения участковым врачом за больным скарлатиной:

1-я неделя - через день врач + м/с;

2-я неделя - 2 раза;

3-я неделя - 1 раз + ЭКГ, клинический анализ крови, общий анализ мочи.

На 22 день болезни, если нет осложнений и анализы в норме, ребёнок выписывается в ДДУ или в школу.

6. Лечение на дому:

Режим постельный не менее 6-7 дней, потом домашний.

Диета щадящая, молочно-растительная, в остром периоде - протертая, с ограничением соли, раздражающих и экстрактивных веществ. Диета рекомендуется на 3-4 недели.

Этиотропная терапия - лечение скарлатины проводится пенициллином через рот или внутримышечно в течение 5-7 дней. При переносимости пенициллина можно использовать эритромицин и азитромицин (сумамед).

Патогенетическая и симптоматическая терапия проводится по показаниям.

Тщательное соблюдение гигиены и особенно на уход за полостью рта. Рекомендуются полоскания зева 2%-м раствором питьевой соды с поваренной солью, отварами антисептических трав. При лимфадените накладывают полуспиртовой компресс на подчелюстные области или сухую теплую повязку.

7. Критерии выздоровления:

При гладком (неосложненном) течении скарлатины предварительное клиническое выздоровление дается не ранее 10-го дня от начала заболевания после исчезновения всех симптомов болезни, кроме шелушения, при условии нормальных анализов крови и мочи и отрицательного результата посева со слизистой миндалин на гемолитический стрептококк. Окончательное выздоровление констатируется спустя еще 2 недели после повторных анализов крови и мочи, а также посева на стрептококк. Отрицательный результат посева на гемолитический стрептококк через 2 недели после клинического выздоровления является показателем санации организма от возбудителя. Ребенок допускается в детский коллектив не ранее 22-го дня от начала болезни, при отсутствии клинико-лабораторных признаков каких-либо осложнений скарлатины.

8.

- увеличение частоты кормления на 1-2 от нормы;
- незначительное уменьшение объема порции пищи;
- механически щадящая, протертая пища, умеренно теплая;
- щадящая кулинарная обработка пищи (для сохранения витаминов);
- включение витаминизирующих продуктов, имеющих негрубую клетчатку;
- увеличение на 10-15% суточного количества полноценных белков;
- ограничение легко усвояемых углеводов;
- исключение тугоплавких жиров, грубой клетчатки, острой, кислой, соленой пищи и пряностей, исключение аллергизирующих продуктов.

9. Осложнения:

1. Ранние (септические)

- некротическая ангина;
- лимфаденит;
- отит;
- синусит;
- бронхит;
- пневмония и пр.

2. Поздние (аллергические)

- ревматизм;
- гломерулонефрит;
- миокардит.

3. Наслоение других вирусных и бактериальных инфекций и обострение хронических

соматических заболеваний.

10. Анализы в связи с осложнением со стороны сердечно - сосудистой и мочевыводящей системы:

- в течение болезни - 2 общих анализа мочи;
- через 2-3 дня после окончания антибиотикотерапии - общий анализ мочи, клинический анализ крови, посев со слизистой миндалин на гемолитический стрептококк;
- через 2-4 недели: общий анализ мочи; клинический анализ крови; посев на гемолитический стрептококк; по показаниям - консультации кардиолога и ЛОР-врача.

11. Экстренное извещение об инфекционном заболевании 058/у.

Б.

1. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, острый период, с нарушением функции почек.

2. Лечение:

- Только стационарное, в активный период болезни строгий постельный режим;
- стол 7, бессолевой с ограничением жидкости (по диурезу), суточное количество воды из расчета: диурез за предыдущие сутки + 15 мг/кг массы тела;
- пенициллин в/м 100 мг/кг – 4 раза в день (10-14 дней);
- глюкокортикоиды - преднизолон 1-1,5 мг/кг (8 час и 11-12 час – 2 табл.) до улучшения состояния, уменьшения отеков и 10 - 14 дней после ликвидации протеинурии (но не менее 6 месяцев);
- иммунодепрессанты при гормонорезистивном заболевании спустя 6 месяцев – лейкеран 0,2-0,3 мг/кг в течение 8 недель 1 раз в день, в дальнейшем половинную дозу на 6-9 месяцев;

- мочегонные средства после купирования гиповолемии – фуросемид 1-2 мг/кг (разовая доза) в/м утром и днем или верошпирон 5 мг/кг (суточная доза) днем и вечером + препараты калия;
 - гипотензивные препараты – капотен 1/4 таблетки 2 раза;
 - витаминотерапия - витамин А 1000 МЕ/кг (не более 10 000 МЕ/сутки) на три недели, витамины Е, В₆, С, В₁, В₂ в обычных дозах.
3. Диспансерное наблюдение:
- ребенок находится под наблюдением участкового педиатра (осмотр 1 раз в квартал);
 - профилактические осмотры стоматологом и оториноларингологом 1 раз в полгода, окулист и фтизиатр – 1 раз в год;
 - общий анализ мочи и измерение артериального давления - первые три месяца после выписки из стационара 1 раз в 2 недели, далее – 1 раз в месяц и в последующие два года раз в квартал.

Задача 11: ПК-6 ПК-8 ПК-9

Девочка 6 лет росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год.

Восемь дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день у ребенка поднялась температура до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На четвертые сутки девочка выписана в детский сад.

На восьмые сутки после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см. в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов до 1см в диаметре. Физикально со стороны сердца и легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1см.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли подавать экстренное извещение в СЭС.
3. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании, и если нуждается то в каком?
4. Назначьте план лечения.
5. Тактика ведения ребенка на дому.

Эталон ответа

1. Необычная реакция на прививку против кори, аллергическая сыпь, лакунарная ангина.

2. Да. (058/у).

3. Да (мазки из зева и носа, клинический анализ крови, иммунологическое обследование).

Диагноз подтверждается серологическим выявлением четырехкратного нарастания титра противокоревых антител в парных сыворотках крови больного. Первый раз кровь надо брать не позднее 2-3 дней со момента появления сыпи, второй через 14 дней. Гемограмма при кори имеет характерные особенности: лейкопения, нейтрофиллез, нередко со сдвигом влево, СОЭ умеренно увеличено. О присоединении бактериальных осложнений свидетельствует значительное нарастание лейкоцита, нейтрофиллеза, сдвига влево, высокое СОЭ.

4. Лечение назначается после консультации с аллергологом и иммунологом. Антибактериальная терапия, антигистаминные, противовоспалительные, общеукрепляющие препараты. Лечение на дому: Режим - постельный в течение 7-10 дней. Диета молочно-растительная, щадящая, обильное питье - слабый чай, морсы, разведенные соки. Следует обращать внимание на тщательный туалет глаз, носа, полости рта. Из-за светобоязни и слезотечения рекомендуется немного затемнить комнату, где находится ребенок. Этиотропная терапия при кори отсутствует. В качестве специфической терапии детям раннего возраста, а также ослабленным вводится донорский имму-

ноглобулин в первые 5 дней болезни в дозе 1,5-3 мл внутримышечно. Используется симптоматическая терапия ринита, конъюнктивита, а также назначаются отхаркивающие средства. Антибиотикотерапия проводится детям до 2 лет при подозрении на осложнения, в более старшем возрасте - при бактериальных осложнениях. Общеукрепляющая терапия назначается по показаниям. Полезен массаж грудной клетки.

5. Ребенку показана госпитализация, так как это состояние можно оценить, как необычная реакция ребенка на прививку (корь) с присоединением бактериальной инфекции. Ребенок раннего возраста, ослаблен (ЧБД). При отказе от госпитализации организуют стационар на дому.

Задача 12: ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Девочке 4,5 месяцев, с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую вакцинацию (в 3 мес.) девочка перенесла хорошо.

На второй день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры у ребенка до 38,0 °С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение на прививку, мать обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8 °С. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см., гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами?
4. Как объяснить матери данную ситуацию с точки зрения этики и деонтологии?
5. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?

Эталон ответа

1. Обычная поствакцинальная реакция на прививку АКДС.
2. Симптоматическая терапия при необходимости.
3. Нет.
4. Рассказать матери о разнице между нормальной поствакцинальной реакцией и осложнением. Извиниться, что данная информация ей не была представлена заранее.
5. Поствакцинальные реакции не требуют коррекции, но о них следует помнить, когда прививаются дети из групп риска или когда в поствакцинальном периоде возможно интеркуррентное заболевание. общая реакция (оценивается по степени повышения температуры тела: до 37,5 °С - слабая, 37,6 - 38,5 °С - средняя, свыше 38,6 °С - сильная). Местная реакция (гиперемия или инфильтрация до 2 см - слабая реакция, 2,6 - 5 средняя, более 5 - сильная). Поствакцинальные осложнения: связанные с нарушением асептики и антисептики (флегмона, абсцесс, сепсис); обусловленные природой и специфическими свойствами препарата; осложнения из-за индивидуальных особенностей организма или наличия патологического процесса. Это поражение ЦНС, гипертермия, психические нарушения, энцефалитические реакции, полирадикулоневрит, инфекционно-токсический шок, абдоминальный синдром, астматический синдром, лимфаденопатия, кардио- и нефропатия, аллергические отеки и сыпи.

Задача 13: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ОПК-6

Андрей Г., 2г.3месяца. Впервые поступил в дошкольное учреждение. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом, гипотонией в первой половине, ОРЗ – в 30 недель. Роды быстрые, раннее излитие вод, стимуляция. Гестационный возраст – 38 недель. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса – 3450г., длина – 51см. В периоде новорожденности – госпитализация по поводу подозрения на кишечную инфекцию. На искусственном вскармливании с 8 месяцев. С 10 месяцев страдает проявлениями пищевой аллергии. Болеет редко (1-2 раза в год). На

диспансерном учете не состоял. С первых месяцев жизни отмечались отклонения в поведении в виде нарушения сна (длительное засыпание), повышенной возбудимости, раздражительности. Невропатологом не наблюдался. Генеалогический индекс –1,1. Отмечается выраженная отягощенность генеалогического анамнеза заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Тетя по линии отца страдает шизофренией. Социальный анамнез благополучный.

В первый день пребывания в ДДУ спокоен, выраженная ориентировочная активность. К 2-4 дню появились такие симптомы, как бледность и мраморность кожных покровов, синева под глазами, увеличение регионарных лимфоузлов. Конечности влажные, холодные. Малоподвижен. Скован. Почти не плачет. 8-16 день – очень напряжён. Тянется к взрослому, держится за его руку, не отпускает. При плаче выражен тремор подбородка и рук. Длительно засыпает. Сон беспокойный, прерывистый. Проявления экссудативно-катарального диатеза на лице. Выражена бледность, мраморность кожных покровов. Конечности холодные. Сердечные тоны приглушены, брадикардия. Получает настой валерианы и пустырника. 32 день. Мальчик плохо спит как в ДДУ, так и дома. Просыпается ночью и плачет. В группе напряжён, малоподвижен. С детьми не играет, стремится играть один в уголке, подальше от детей. Дома очень возбудим, бросается на пол, пугается появления новых взрослых, даже знакомых соседей. Периодически возникает тикоидное подёргивание век. Бледный. Синева под глазами. Усилились проявления экссудативно-катарального диатеза на лице. Сердечные тоны остаются приглушенными, выражена брадикардия. Ребенок направлен на консультацию невропатолога. 64 день. По назначению невропатолога получает соннапакс, но невротические реакции сохраняются.

Врач ДДУ вызвала родителей и сказала, что их ребенок «не детсадовский», что с «такой наследственностью и не стоило пытаться водить его в детский сад» и что родители будут сами виноваты, если у ребенка в дальнейшем ухудшится здоровье. Мальчик был выведен из дошкольного учреждения и будет воспитываться в домашних условиях.

Задания:

1. Оцените течение адаптации по типу, тяжести и течению.
2. Какие данные анамнеза можно использовать для прогноза адаптации у данного ребенка?
3. Какие ошибки были допущены педиатром при направлении ребенка в дошкольное учреждение?
4. Оцените действия врача ДДУ с точки зрения этики и деонтологии.

Эталон ответа:

1. Функциональные нарушения ЦНС, тяжелое, подострое течение.
2. Прогноз течения и тяжести адаптации у данного ребенка можно сделать на основании выраженного неблагоприятного биологического анамнеза (группа риска диспансерная по биологическому анамнезу), высокой отягощенности генеалогического анамнеза (генеалогический индекс 1,1), группы риска по генеалогическому анамнезу с преобладанием в родословной сердечно-сосудистой и психоневрологической патологии, отклонений в поведении у ребенка, отмечаемых с первых месяцев жизни.

3. Ребенок во время не был проконсультирован невропатологом при наличии жалоб на отклонения в поведении с первых месяцев жизни.

При направлении в дошкольное учреждение не был проведен прогноз течения адаптации.

Отсутствовала подготовка ребенка к поступлению в дошкольное учреждение; исходя из прогноза адаптации не ставился вопрос об отсрочке времени поступления в ДДУ.

Родители не были поставлены в известность о возможном тяжелом течении адаптации у ребенка и ее негативных последствиях для состояния здоровья.

Задача 14: ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Вы выполняете вызов на дом к ребенку. Мальчику 1 год, масса тела 11100 г, рост 77 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 52 см. Родители ребенка здоровы. Мальчик от третьей беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, срочных благополучных родов. Первые 2 беременности закончились медицинским абортom. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 51 см. Течение неонатального периода не осложнено. К груди приложен в первые

сутки. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни болел 5 раз ОРВИ.

Заболел остро, в день вызова. Жалобы на подъем температуры тела до 38⁰С, слабость, снижение аппетита, кашель. Из анамнеза известно, что два дня назад в семье отмечали День рождения ребенка и было много приезжих родственников, в том числе с детьми.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражен периорбитальный цианоз. Слизистые зева незначительно гиперемированы, из носовых ходов определяется слизистое отделяемое. Вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Наблюдается экспираторная одышка. ЧД 40 в мин. Над легкими - перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие свистящие и влажные хрипы по всей поверхности грудной клетки. Тоны сердца ритмичные. Со стороны органов пищеварения патологии нет. Стул и диурез не изменены. Врач поставила диагноз, назначила лечение и в заключение сказала, что ребенок заболел исключительно по вине матери, которой добрые отношения с родственниками дороже здоровья ее ребенка.

Задания:

Диагноз основного заболевания.

4. Критерии диагностики на участке.
5. Тактика участкового педиатра.
6. Принципы обследования, в том числе на дому.
7. Принципы лечения, в том числе на дому.
8. Особенности диспансерного наблюдения по данному заболеванию
9. Оцените действия участкового врача с точки зрения этики и деонтологии.

Эталон ответа

1. ОРВИ, бронхообструктивный синдром, ДН I.
2. *Данные объективного осмотра, анамнеза, консультация аллерголога – пульмонолога.*
3. *Показания для госпитализации в специализированное отделение – возраст ребенка, ДН, диагностика атопии (при невозможности госпитализировать – организация стационара на дому).*
4. Рентгенография грудной клетки, клинический анализ крови.
Рентгенологически можно увидеть: двухстороннее усиление легочного рисунка, расширение корней легких, расширение легочных полей, низкое стояние и уплощение диафрагмы, горизонтальное расположение ребер.
5. Лечение: отхаркивающие и разжижающие мокроту средства, запрещаются средства, подавляющие кашлевой рефлекс. Бронхолитики, β_2 - адреномиметики
6. Диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев проводится с целью выявления аллергических реакций и предотвращения сенсибилизации; детям старше года с повторными обструктивными эпизодами целесообразно провести кожные пробы с наиболее распространенными аллергенами.
7. Нарушены деонтологические принципы врач-родители ребенка

Задача 15: ПК-2 ПК-6 ПК-8

К участковому педиатру на прием для планового диспансерного осмотра пришла мама с ребенком. Однако этот день в поликлинике предназначен для приема больных детей и реконвалесцентов. Мама ребенка объяснила свой приход семейными обстоятельствами и сложностями на работе. Врач высказал свое неудовольствие, заявив, что вообще не обязан сегодня принимать ее ребенка, что у него и так переработка по времени и маленькая зарплата. Наконец, после долгих уговоров все-таки врач согласился осмотреть ребенка, несколько раз подчеркнув, что делает это в виде одолжения маме.

Мальчику 1 год, масса тела 11200 г, длина тела 75 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 50 см, 7 зубов. Мать ребенка страдает хроническим гастродуоденитом, у отца гипертоническая болезнь. Индекс генеалогической отягощенности 0,9. Отец курит, имеет средне-специальное образование. Ребенок от первой благополучной беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 49 см. Течение неонатального периода не осложненное. К груди приложен в первые сутки. Пуповина отпала на 4

сутки. БЦЖ привит в роддоме. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. На искусственном вскармливании с 3 мес. В течение первого года жизни болел 5 раз ОРВИ. Сделаны прививки (трехкратно) против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, гепатита В. В 3 мес сделан анализ крови клинический, общий анализ мочи. Осмотрен ортопедом и невропатологом. Ребенок активный, приучен к соблюдению режима сна и бодрствования, самостоятельно ходит, произносит первые слова обозначения (кис-кис, ав-ав), много и разнообразно действует с предметами, выполняет с ними разученные действия, узнает маму по фотографии, сам пьет из чашки. ЧСС – 120 уд/мин, ЧД - 36 д/мин, Нв 130 г/л.

Задания:

Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.

1. Дайте оценку критериям, характеризующим здоровье ребенка.
2. Оцените уровень здоровья ребенка.
3. Оцените проведенную диспансеризацию.
4. Какие назначения по проф. прививкам необходимо сделать?
5. Относится ли данный ребенок в группу риска по проведению иммунопрофилактики?

Перечислите группы риска по проведению иммунопрофилактики и особенности ее проведения.

6. Оцените действия участкового врача с точки зрения этики и деонтологии.

Эталон ответа

1. Генеалогический анамнез отягощен (ИГО – 0,9). Биологический анамнез отягощен (раннее искусственное вскармливание). Социально-средовой анамнез отягощен (пассивное курение).

2. Физическое развитие: длина 4 коридор, масса 7 коридор, ОГК 5 коридор.

Повышенная масса при нормальной длине. Уровень физического развития средний. Резко дисгармоничное развитие. Макросоматотип.

НПР 2 группа, 1 степень (АР 1)

Низкая резистентность (острые заболевания 4 раза /год).

Функциональное состояние хорошее.

3. Группа здоровья 2 (повышенная масса, низкая резистентность).

4.

В 1 месяц

- невролог - сделано
- детский хирург
- офтальмолог- сделано
- аудиологический скрининг, УЗИ сердца, орг.брюшной полости, тазобедренных суставов, нейросонография.

В 3 месяца

- невролог
- ортопед
- общий анализ крови, общий анализ мочи- сделано.

В 6 месяцев

- хирург
- невролог
- общий анализ крови, общий анализ мочи- сделано

В 9 месяцев

- общий анализ крови, общий анализ мочи

В 12 месяцев

- Невролог, хирург, стоматолог, офтальмолог, ЛОР, психиатр
- общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови
- ЭКГ

5.

- - вакцинацию против гепатита В (0 - 1 мес. - 6 мес.),
- - вакцинацию против туберкулеза (БЦЖ 3-7 день),
- - вакцинацию против полиомиелита в 3 мес., 4,5 и 6 мес., ревакцинацию в возрасте 18

мес., 20 мес.

- - вакцинацию против коклюша, дифтерии, столбняка в 3 мес, 4,5 и 6 мес, ревакцинацию в возрасте 18 мес.,
- - пробу Манту в 12 мес.
- - вакцинацию против кори, паротита, краснухи в 12-15 мес.
- -против гемофильной инфекции - в 3 мес., 4,5 и 6 мес., ревакцинацию в возрасте 18 мес.

6. Данный ребенок относится в 3 группу риска (ЧБР).

4 группы риска по проведению иммунопрофилактики:

- 1-я группа - дети, у которых имеется поражение ЦНС. Такие дети вакцинируются после консультации невропатолога и, как правило, ослабленными вакцинами.
- 2-я группа – дети с аллергическими реакциями и имевшие в анамнезе аллергические заболевания. Они вакцинируются с исключением коклюшного компонента вакцины и, как правило, на фоне гипосенсибилизирующей терапии.
- 3-я группа - часто болеющие дети. Их вакцинацию желательно проводить не менее чем через 6 месяцев от клинико-лабораторной ремиссии.
- 4-я группа - дети с местными и общими патологическими реакциями на прививки и поствакцинальными осложнениями в анамнезе. Этим детям также исключают коклюшный компонент и, соответственно, вакцину, которая вызвала реакцию.

7.Нарушены деонтологические принципы врач-родители ребенка

Задача 16: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

На дом к ребенку был вызван участковый педиатр по поводу болей в животе. Боли появились утром в день вызова, внезапно. Боли носят острый коликообразный характер, продолжительность схватки 10 – 15 сек, постепенно усиливаются и обессиливают ребенка. После приступа наблюдаются 4 – 7 минутные периоды затишья. Одновременно с болями появилась рвота. Рвотные массы содержат желудочное содержимое. Стул с примесью крови и слизи, императивные позывы на дефекацию. ЧСС – 120 уд/мин, ЧД - 36 уд/мин.

Из анамнеза известно, что мальчику 1 год 5 мес, масса тела 12200 г, длина тела 77,5 см, окружность головы 48 см, окружность грудной клетки 52 см, 8 зубов. Мать ребенка страдает сахарным диабетом, хроническим холециститом, отец здоров. Ребенок от первой благополучной беременности, срочных родов в ягодичном предлежании. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 49 см. Течение неонатального периода не осложненное. К груди приложен в первые сутки.. Выписан из роддома на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. В течение первого года жизни болел 4 раза ОРВИ. Осмотрен ортопедом, невропатологом, офтальмологом, эндокринологом - патологии не выявлено. Сахар крови - 4,1 ммоль/л.

Мать ребенка сообщила, что сегодня за несколько часов до начала болей мальчик съел пирожное с кремом, а сама мама страдает хроническим холециститом. Высказав предположение, что у ребенка не в порядке печень, мама убедительно просила не госпитализировать мальчика.

Задания:

4. Диагноз основного заболевания.
5. Критерии диагностики на участке.
6. Тактика участкового врача.
7. Клинико-лабораторные исследования и их данные, подтверждающие Ваш диагноз.
8. Как должен поступить участковый доктор с точки зрения этики и деонтологии в подобной ситуации?

Эталон ответа

- 1.Инвагинация кишечника?.
2. Срочная консультация хирурга.
- 3.Необходима срочная госпитализация в хирургическое отделение, для чего участковый врач должен вызвать на себя бригаду скорой медицинской помощи и доставить ребенка в хирургическое отделение лично или в сопровождении другого медработника.

4. Обзорная рентгенография брюшной полости - только косвенные признаки - в толстом кишечнике нет газа, отдельные петли кишечника раздуты, единичные уровни жидкости, тень инвагината.

Ирригоскопия - задержка контраста в проксимальном отделе кишечника, с-мы клещей, стаканчика, кокарды, соленоида, расширение проксимального отдела кишки в области инвагината.

УЗИ - с-м «мишени» - чередование эхогенных и гипоехогенных участков.

5. Постараться, не напугав мать, объяснить ей реальное положение вещей и угрозу для жизни ребенка. Обязательно и в срочном порядке госпитализировать ребенка в хирургическое отделение (право ребенка на жизнь и здоровье).

Задача 17: ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Родители одиннадцатимесячной девочки, у которой диагностирован острый ларинготрахеит, отказались от предложенной госпитализации. Врач в резкой форме заявила, что она не будет отвечать за жизнь ребенка, раз родители знают больше чем врач, и взяла расписку об отказе от госпитализации.

Девочка больна 2-ой день. Жалобы на грубый кашель, осиплость голоса, лихорадку. Состояние средней тяжести. Отмечаются выраженные катаральные явления со стороны носоглотки, умеренные симптомы интоксикации, температура 37,5 градуса. Инспираторная одышка (ЧДД до 70 в 1 мин), грубый лающий кашель. Перкуторный звук над легкими – ясный, легочный. Дыхание жесткое проводится во все отделы легких. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено.

В анамнезе еще два респираторных вирусных заболевания в 7-ми и 9-ти месячном возрасте.

Задание:

1. Ваша тактика, как участкового врача.
2. Назначьте лечение.
3. Опишите систему наблюдения за этой больной.
4. Укажите ошибки допущенные врачом при осмотре.
5. Какие данные из анамнеза или клинико-лабораторного обследования Вам требуются для уточнения диагноза?

Эталон ответа

1. Попытаться еще раз убедить родителей госпитализировать ребенка. В случае отказа организовать лечение и наблюдение за больной по типу "стационар на дому".
2. Постельный режим, гипосолевая, молочно-растительная диета, увлажненный свежий воздух в помещении, антибиотикотерапия (учитывая неблагоприятный преморбидный фон).
3. Ежедневный осмотр участкового педиатра и патронажной медицинской сестры до полного выздоровления; консультация заведующего педиатрическим отделением поликлиники в первые три дня заболевания; организация осмотра оториноларинголога на дому; организация забора материала для лабораторных исследований (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала) на дому; ведение документации: вводный, текущие (каждые 10 дней) и заключительные эпикризы, ежедневные дневниковые записи, лист врачебных назначений с регулярными отметками медицинской сестры о выполнении, температурный лист.

Задача 18: ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

Сергей, 1 год. Заболел остро. Накануне отмечалось повышение температуры до 38°C, вялость, срыгивание, рвота 4 раза вечером и 1 раз ночью. Стул жидкий, водянистый, желтый, за сутки 10 раз. При поступлении ребенок вялый, сонливый, отказывается от еды. Пьет жадно. После приема жидкости рвота. Температура 38°C, плохо снижается обычными жаропонижающими средствами. Кожные покровы гиперемированы горячие на ощупь, сухие на ощупь. Эластичность удовлетворительная. Мышечный тонус в норме. Тургор умеренно снижен. Носовое дыхание свободное. В ротоглотке умеренная гиперемия миндалин, дужек. Слизистые сухие. Губы сухие. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД=35 в мин. Тоны громкие ритмичные 146 в мин. Живот вздут, урча-

ние по ходу петель тонкого и толстого кишечника. Сигма эластичная чувствительная при пальпации, урчащая. Печень +2,0 см, край эластичной консистенции, безболезненный. Диурез за сутки 200 мл. Стул жидкий, водянистый, непереваренный, желтый без патологических примесей. Масса тела 9200 кг (дефицит составляет 8%). Мать категорически отказалась от госпитализации (по религиозным мотивам).

Задание:

1. Ваша тактика, как участкового врача.
2. Назначьте лечение.
3. Опишите систему наблюдения за этим больным.

Эталон ответа

1. Организация стационара на дому. Мы имеем дело с водододефицитным типом обезвоживания II степени.

2. Исходя из таблицы Денис (ФП+ЖВО) $200 \text{ мл/кг} = 200 \times 9,2 \text{ кг}$;

Расчет:

Таким образом: $\text{ОЖ} = (\text{ФП} + \text{ЖВО}) = 1840 \text{ мл} (\approx 1800 \text{ мл})$

Внутривенно необходимо ввести $1/2 \text{ ОЖ} = 900 \text{ мл}$, остальное количество — внутрь, дробно.

500 мл жидкости будет введено с пищей (кисломолочные или лечебно-профилактические продукты питания, обогащенные бифидо- или лактобактериями, кефир) порциями по 50 мл через 2 ч. и 400 мл в виде питья на сутки.

Стартовый раствор при водододефицитном - 5-10% раствор глюкозы;

При водододефицитном обезвоживании - растворы коллоидно-солевые и глюкозы в соотношении 1:2.

Коллоиды $10-20 \text{ мл/кг/сут} = 100 \text{ мл/сут}$

Раствор Рингера – 200 мл/сут

Расчет электролитов

Физиологическая потребность в калии – старше 3 лет - 1,5 ммоль/кг/сутки, содержание ммоль иона в растворе: 7,5% раствор хлорида калия – 1 ммоль/мл;

$1,5 \text{ ммоль} \times 9,2 \text{ кг} = 13,8 \text{ ммоль} (13,8 \text{ мл } 7,5\% \text{ раствора хлорида калия}).$

Физиологическая потребность в кальции – старше 3 лет 0,3 ммоль/кг/сут 10% кальция хлорида, содержание ммоль иона в растворе: 10% хлорид кальция – 1 ммоль/мл;

$0,3 \text{ ммоль/кг} \times 9,2 = 2,76 \text{ ммоль} (2,76 \text{ мл})$

Физиологическая потребность в Mg – 0,1 ммоль/кг/сутки, 1 мл 25% магния сульфата содержит 1 ммоль магния;

$0,1 \text{ ммоль} \times 9,2 \text{ кг} = 0,92 \text{ ммоль} (0,92 \text{ мл})$

Таким образом, в состав капельницы входят: 100 мл коллоидных препаратов (реополиглюкина), 200 мл раствора Рингера, 13,8 мл 7,5% раствора хлорида калия, 2,76 мл 10% раствора кальция хлорида, 0,92 мл 25% MgSO_4 , 550 мл 5% раствора глюкозы и 30 мл жидкости для разведения лекарств. Всего 900 мл.

Примерная схема:

1. Глюкоза 5% - 100 мл
2. Реополиглюкин – 50 мл
3. Глюкоза 5%-100 мл
- КСI 7,5% - 6,9 мл
- CaCl 10% - 1,38 мл
- MgSO_4 25% - 0,46 мл
4. Раствор Рингера – 100 мл
5. Глюкоза 5% - 100 мл
6. Реополиглюкин – 50 мл
7. Глюкоза 5% - 100 мл
- КСI 7,5% - 6,9 мл
- CaCl 10% - 1,38 мл
- MgSO_4 25% - 0,46 мл
8. Раствор Рингера 100 мл
9. Глюкоза 5% - 200 мл

3.Контроль: отмечается состояние слизистых оболочек, тургор кожи, делаются повторные взвешивания ребенка. Измеряются ЦВД (особенно во время быстрого введения стартового раствора), пульс, АД, часовой диурез. Определяются - Нв, Нт, электролиты и КОС крови, удельный вес и электролиты мочи, T° тела.

Задача 19: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ОПК-6

У девочки 6 лет во время занятий в школе появились головная боль, озноб, боли в горле при глотании, рвота. Дежурная медицинская сестра при осмотре больной обнаружила повышенную температуру (38,7°C), значительную гиперемию зева. Заподозрена ангина. На санитарной машине больную доставили домой. На дом вызван врач.

Из анамнеза известно, что ИГО (индекс генеалогической отягощенности) 1,0. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, срочных благополучных родов. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 53 см. Прививки - по возрасту. Родители девочки имеют высшее образование, живут в отдельной благоустроенной квартире, отец курит. В течение последнего года девочка болела ОРВИ 3 раза, перенесла краснуху. Наблюдается у ортопеда по поводу нарушения осанки. Осмотр стоматолога – кариес зубов средней активности. Для девочки характерно неустойчивое эмоциональное состояние, плаксивость и раздражительность, сон беспокойный, неустойчивый аппетит. Масса тела - 15 кг. Длина тела - 106 см. Окружность грудной клетки - 52 см.

Осматривая больную во второй половине дня, участковый врач установил, что кроме резкой гиперемии зева (мягкого неба, миндалин, дужек) у девочки увеличены тонзиллярные лимфатические узлы. Язык обложен сероватым налетом. На коже верхних конечностей, груди, в нижней части живота видны элементы мелкоочечной яркой сыпи на фоне гиперемированной кожи. При опросе выяснилось, что 10 дней назад девочка посещала подругу, у которой болело горло.

Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи (результаты прилагаются).

Поставив диагноз, врач категорично заявила, что девочка заразилась от больной подруги и в резкой форме высказала матери, что та плохо относится к здоровью своего ребенка, если разрешает дочери посещать «больных подруг».

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите особенности сыпи при данном заболевании
3. Перечислите возможные осложнения заболевания.
4. Определите тактику врача в данном случае. Выпишите больничный лист по уходу за ребенком маме. На какой срок можно оформить листок нетрудоспособности?
5. Когда девочке можно разрешить посещение школы?
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в школе?
7. Оцените факторы, определяющие и критерии, характеризующие здоровье. Определите группу здоровья (предполагая, что ребенок находится в «холодном периоде»).
8. Какие нарушения этики и деонтологии Вы можете отметить?

Эталон ответа

1. Скарлатина
2. Сыпь появляется на 1–2-й день болезни и носит мелкоочечный характер, располагается на гиперемированном фоне кожи. Элементы сыпи имеют цвет от нежно-розового до насыщенно-красного, иногда с петехиями. Может отмечаться небольшой зуд. Современная скарлатина протекает, как правило, в легкой форме, сыпь выражена очень слабо, располагается на бледном фоне. Высыпание начинается с шеи, верхней части груди и спины, быстро, в течение 1-го дня, распространяется по всему телу. Характерным является сгущение сыпи в естественных складках кожи и на боковых поверхностях туловища. На фоне ярко-розовых щек и лба может выделяться бледный носогубный треугольник («треугольника Филатова»). В конце первой недели сыпь угасает, оставляя после себя шелушение, которое заканчивается через 2–4 недели. На пальцах, ладонях и стопах шелушение имеет вид грубопластинчатого. Пигментации после скарлатинозной сыпи не бывает. При легких формах скарлатины и у детей раннего возраста шелушение выражено очень слабо или отсутствует.

3. Осложнения:

- ранние (на 1 нед.) - чаще септические: некротическая ангина, лимфаденит, отит, синусит, бронхит, пневмония и др.
- поздние (на 2 нед.) - преимущественно аллергические: ревматизм, гломерулонефрит, миокардит.
- наложение других инфекций и обострение хронических соматических заболеваний.

4. При отсутствии показаний (тяжелое состояние, другие дети в квартире), ребенок лечится на дому; матери оформляется больничный лист по уходу на весь период заболевания (22 дня).

Назначается лечение (постельный режим, рациональное питание, антибиотикотерапия: феноксиметилпенициллин 100 мг/кг в сут. в 4 приема per os, бензилпенициллин натриевая соль в дозе 100 000 – 150 000 ЕД/кг в сут., в/м 4 раза в сутки 7-10 дней, макролиды (эритромицин, рокситромицин, mideкамицин, азитромицин), цефалоспорины (цефалексин, цефадроксил, цефазолин, цефалотин, цефиксим, цефтриаксон).

Оформляется экстренное извещение ф.058/у в СЭС.

5. На 22 день от начала заболевания; после консультации кардиолога, ЛОР - врача, сдачи анализа крови, мочи, ЭКГ, посева со слизистой миндалин на гемолитический стрептококк.

6. На детей класса, где учится девочка, накладывают карантин на 7 дней с момента изоляции больного.

7. Группа здоровья – 2 (физическое развитие, низкая резистентность, функциональное состояние – плохое, т.к. поведение с отклонениями; нарушение осанки, кариес).

Высокая отягощенность генеалогического анамнеза, биологический анамнез не отягощен. Социально - средовой – отягощён (курение отца).

Группа внимания по физическому развитию (диспансерная). Масса, длина, окружность грудной клетки – 2 коридор. Низкая масса при низкой длине. Уровень физического развития – низкий. Гармоничное развитие. Микросоматотип.

Низкая резистентность. Функциональное состояние – плохое. Поведение с отклонениями (в эмоциональном и вегетативном статусе).

Патологические отклонения: Нарушение осанки. Кариес средней активности.

8. Нарушения в системе врач - родители, врач - ребенок.

Задача 20: ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ОПК-6

Мать с мальчиком 6 месяцев пришла на очередной профилактический прием в поликлинику для решения вопроса о проведении вакцинации.

Из анамнеза: мальчик от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза II половины. Первый ребенок здоров. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, ростом 53 см, окружностью головы 35 см, окружностью груди 34 см. Закричал сразу. В роддоме привит. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев, затем цельное коровье молоко. Кормится 5 раз, съедает по 180-200 граммов на одно кормление. Профилактика рахита не проводилась. В 1 месяц проведена вторая вакцинация от гепатита Б. В 3 месяца сделана прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдались. В 4 и 5 месяцев на профилактический прием не явились. В течение последнего месяца мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от пеленки резкий запах аммиака.

Физическое развитие: рост 64 см, масса тела 7500, окружность головы 42 см, окружность груди 43 см. Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берет игрушку из разных положений, длительно гулит, снимает пищу губами с ложки.

При осмотре: определяется уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 3 x 3 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, распластаный. Печень +3 см, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: WBC $7,9 \cdot 10^3/\text{mm}^3$; RBC $3,9 \cdot 10^6/\text{mm}^3$; HGB 11,4 g/dl; HCT 36 L %; PLT $272 \cdot 10^3/\text{mm}^3$; PCT 332 %; MCV 78 L μm^3 ; MCH 27 Lpg; MCHC 35,8 Hg/dl; RDW 13,6 L %; MPV 9,7 μm^3 ; PDW 12,4 %; %LYM 60; %MON 4; %GRA 36 (эозинофилы – 2%, п/я- 2% с/я- 32); ЦП 0,9;

СОЭ 8 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1016, прозрачность – полная, эпителиальные клетки 0-1 в п/зр., лейкоциты 0-1 в п/зр. Кальций крови: 2,1 ммоль/л (норма 2,3-2,8 ммоль/л). Фосфор крови: 1,2 ммоль/л (норма 1,3-1,8 ммоль/л).

Задание:

6. Сформулируйте и обоснуйте диагноз, определите группу здоровья, группы риска, проведите дифференциальный диагноз.
7. Оцените физическое, нервно-психическое развитие и вскармливание.
8. Назначьте лечение и дайте рекомендации родителям по уходу за ребенком, его реабилитации.
9. Составьте план диспансерного наблюдения.
10. Решите вопрос о проведении вакцинации.

Эталон ответа

1. Диагноз: Рахит II степени тяжести, острое течение, период разгара. Группа здоровья III. Группы риска I. (III – реализовалась).
2. Уровень развития ниже среднего, гармоничное, мезсоматотип. НПР 2 группа (поворачивается со спины на живот – на 5 месяцев).
Вскармливание неадаптированное.
3. Физиологический режим №3, прогулки на открытом солнце, массаж.

Номер режима	Возраст	Кормление		Бодрствование (максимальная длительность в часах)	Кол-во периодов дневного сна	Сон	
		количество в сутки	перерывы между кормлениями (в часах)			дневной (длительность каждого периода сна в часах)	ночной (длительность в часах)
III	От 5–6 до 9 мес.	5	4	2 – 2,5	3	2 – 1,5	10–11

Пример рационального вскармливания:

- 6 :00 НАН 2 - 200мл
- 10:00 овощное пюре – 150 мл, мясное пюре – 30 мл. сок – 50мл, творог – 30,0 гр.
- 14:00 НАН 2 – 200 мл, фруктовое пюре – 40мл.
- 18:00 10% гречневая каша – 180 мл.
- 22:00 НАН 2 – 200 мл.

Аквадетрим 2000 МЕ 1 раз в сутки под контролем уровня Са и Р в крови.

Проба Сулковича на период назначения лечебной дозы вит Д 1 раз в 2 недели.

Витамины А, группы В, С в возрастных дозировках.

4. Педиатр – в декретированные сроки.

Уровень Са и Р в крови после выздоровления 1-2 раза в год.

Д наблюдение по ф 30 3 года.

С учетом имеющейся 1 группы риска – контроль неврологического статуса, невролог – ежеквартально на первом году жизни.

5. Данное заболевание не является противопоказанием к вакцинации. Профилактические прививки согласно приказу МЗ РФ 125н от 2014 года.

**Справка
о материально-техническом обеспечении программы дисциплины**

«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

направление подготовки (специальность)
31.05.02 Педиатрия
форма обучения - **очная**

№ п\п	Наименование дисциплины (модуля), практики в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	<i>«Поликлиническая педиатрия»</i>	<i>Учебная комната №1</i>	<i>Письменный стол, учебные столы, стулья, кушетка, пеленальный стол, медицинские весы, ростомер, рукомойник, фонендоскоп, тонометр, термометр электронный, набор шпателей одноразовых, измерительная лента, муляж новорожденного ребенка, ноутбук с доступом в сеть «Интернет».</i>	

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)
«Поликлиническая педиатрия»**

для студентов _____ курса,

специальность (направление подготовки): _____
(название специальности, направления подготовки)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры «_____» _____ 201__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Организация противоэпидемических мероприятий в ДДУ

«ДЕЛОВАЯ ИГРА»

Данная деловая игра моделирует реальную профессиональную ситуацию – выявление случая детской воздушно-капельной инфекции (ветряной оспы) в детском дошкольном учреждении для дальнейшей организации противоэпидемических мероприятий в детском коллективе (изоляция больного, разобщение контактных, наложение карантинных мероприятий, дезинфекция, специфическая профилактика).

Цель игры: в процессе свободного творческого обсуждения на основании полученной ранее информации о состоянии здоровья ребенка и ситуации в ДДУ выработать основные направления проведения противоэпидемических мероприятий с разработкой алгоритма действия всех заинтересованных участников процесса.

В ходе деловой игры решаются следующие **задачи:**

1. Повторение пройденного материала

- Компоненты противоэпидемической работы врача ДДУ
- Медицинская документация, оформляемая на инфекционного больного
- Роль СЭС в проведении противоэпидемических мероприятий
- Детские воздушно-капельные инфекции – клиника, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия
- Специфическая и неспецифическая профилактика детских воздушно-капельных инфекций.

2. Отработка и закрепление навыков взаимодействия врачей, медперсонала и педагогических работников при возникновении подобной ситуации в детском коллективе (ДДУ, школа и т.п.)

Блок информации: В старшей группе детского сада (ДДУ №...) утром воспитательницей была обнаружена сыпь у ребенка Н. Был срочно вызван врач ДДУ, который осмотрев ребенка поставил диагноз «ветряная оспа». Обыграть все действия коллектива ДДУ, включая мед. персонал и педагогических работников по проведению противоэпидемических мероприятий в данном коллективе.

Сценарий и порядок проведения деловой игры

Этап	Содержание этапа	Продолжительность
1	Исходная ситуация. Инструктаж	10 мин
2	Собственно игра	60 мин
3	Подведение итогов игры	20 мин
Всего	90 мин (2 уч. часа по 45 мин)	90 мин

1 Этап:

Местом проведения игры является учебная комната, имитирующая кабинет врача ДДУ и изоляционный бокс.

В реализации ситуации участвуют (роли):

1. Воспитатель детского сада
2. Врач ДДУ
3. Ребенок с клиникой ветряной оспы
4. Медсестра ДДУ
5. Директор ДДУ
6. Зав.пищевым блоком
7. Родители ребенка (мать или отец)

Преподаватель либо сам производит назначение на роли участников, либо учитывает желание самих студентов. Сам преподаватель как правило берет на себя роль «воспитателя ДДУ, в группе которой выявлен случай инфекционного заболевания». В ходе игры студенты помимо собственной роли должны одновременно «проигрывать» и критически оценивать роль других участников и таким образом контролировать ход принятия решений.

2 Этап:

Собственно игра. Воспитатель ДДУ, роль которой выполняет преподаватель ставит перед медперсоналом и коллективом ДДУ следующие вопросы:

- 1.Что делать с заболевшим ребенком?
- 2.Что делать с другими детьми из ее группы?
- 3.Какие мероприятия проводить в группе и в ДДУ?
- 4.Что сказать родителям заболевшего ребенка?
- 5.Что сказать родителям других детей из данной группы?

Данные вопросы обращены ко всем участникам деловой игры. Помимо этого каждый из участников по ходу игры должен взаимодействовать с другими заинтересованными службами. В итоге должен быть выработан четкий алгоритм действий различных служб при выявлении острого инфекционного заболевания в организованном детском коллективе, где ключевую роль играет врач ДДУ – являясь координатором процесса.

3 Этап:

Преподаватель дает оценку проведенной игре, полученным результатам, выявляет положительные и отрицательные моменты в деятельности игроков, оценивает в баллах каждого из участников.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
к составлению реферата, к оформлению санитарного бюллетеня и
проведению тематической лекции.

I. ТРЕБОВАНИЯ К СОСТАВЛЕНИЮ РЕФЕРАТА, К ОФОРМЛЕНИЮ И
ВЫПУСКУ САНИТАРНОГО БЮЛЛЕТЕНЯ, ПРОВЕДЕНИЮ ЛЕКЦИИ.

На практических занятиях студенты, объединившись в фокус-группы по 4-7 человек, должны подготовить по одной из предложенных тем:

1. реферат;
2. доклад (сценарий) выступления для школьников или дошкольников ;
3. санбюллетень.

Требования к составлению реферата и проведению лекции.

Реферат: объем – 30-40 страниц, 14 шрифт, 1,5 интервал. Поля – левое 3 ,
верхнее, нижнее- 2, правое 1 см.

Реферат состоит из трех главных частей: введения, основной части и заключения. Нумерация – со 2-й страницы (на 1-й стр. № не ставится), по центру, внизу.

1. Титульный лист

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕФЕРАТ

Тема...

Подготовили студенты _____ группы педиатрического факультета

ФИО _____

Преподаватель _____

Оценка _____

Тверь 201_____

2. Содержание (план работы) - (разделы с указанием № страниц)

3. Введение – Актуальность проблемы – 2-3 листа.

Во введении необходимо раскрыть актуальность проблемы, медицинскую и социальную значимость темы.

4. Основная часть

В основной части реферата необходимо изложить фактические материалы, отобрав из большого числа данных, накопленных наукой и практикой, наиболее

существенные. Основным аспектом в лекции необходимо делать на освещение вопросов первичной профилактики.

Можно выделить 2 части – 1- общие вопросы, 2-я – проблема с акцентом на детей школьного или дошкольного возраста. Клинические аспекты и вопросы лечения не должны освещаться.

5. Результаты собственных исследований. Данный раздел оформляется по желанию студентов. В этом разделе представляются результаты анкетирования школьников или родителей, данные приводятся в таблицах, осуществляется их анализ.

6. Заключение (выводы).

Заключение имеет своей целью подвести итог приведенным в реферате данным и привести рекомендации. Заключение должно быть кратким.

7. Список литературы:

Последовательность:

- законодательные и нормативно-правовые документы
- учебная, специальная и другие источники информации отечественных авторов

- иностранные источники информации

- Интернет – ресурсы

Примеры - книги : Автор. Название книги. Место изд. : изд-во, год.- кол-во стр. или: название книги – под редакцией – т.д. Статья из журнала: автор. Название статьи.// Название журнала.- год.- № - С. с по .

8. Оформление приложений:

В приложения могут быть вынесены те материалы, которые не являются необходимыми при написании собственно работы: графики, таблицы большого размера и т.п. В тексте работы на все приложения должны быть ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте документа.

Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием сверху посередине страницы слова «Приложение» и его № . Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой.

Лекция (выступление): сами студенты определяют, для школьников (или дошкольников) какого возраста они будут готовить выступление и выбирают форму изложения материала. Если выступление готовится для учеников начальной школы, то хорошо использовать сценки, загадки, стихи и различные формы интерактивного общения. Если старших - то лекцию лучше подготовить с презентацией.

Студенты должны представить текст выступления (доклад, сценарий).

Доклад должен быть адаптирован для определенного возраста, интересным, понятным (не должно встречаться непонятных терминов), убедительным.

Основные требования к оформлению и выпуску типового санитарного бюллетеня

Санитарный бюллетень - форма санитарной стенной печати (газеты).

Санитарный бюллетень может быть оригинальный и типовой (разработанный по образцу).

Размер санбюллетеня, как правило, лист ватмана. Расположение - обычно горизонтальное, но может быть и вертикальным.

Санбюллетень состоит из текстовой и изобразительной части, Причем, текстовая часть преобладает.

Рисунки с коротким разъясняющим текстом называются санпросветплакатами или санпросветлозунгами.

Текст санбюллетеня должен быть написан доступным языком с учетом интересов и образовательного уровня читателей. Авторы могут выбрать любой жанр: информацию, очерк, рассказ, стихи и др.

Текст, как правило, пишется на основе местных материалов и примеров, но иногда авторы санбюллетеня могут пользоваться готовыми текстами из журналов «Здоровье», «Медицинской газеты» и различных медицинских журналов.

Если использовать типовой подход к разработке санбюллетеня, то текст состоит из введения, основной части и заключения. Введение или передовая статья вводят читателей в проблемы и объясняют, почему выбрана данная тема санбюллетеня, насколько она актуальна. Введение названия или подзаголовок не имеет.

Основная часть может состоять из нескольких сообщений, информации или коротких зарисовок. Каждая из них должна иметь броский подзаголовок. В основной части раскрывается суть проблемы. Акцент делается на роль субъективного фактора в структуре заболеваемости или решении других медицинских вопросов. Сложные медицинские термины использовать нельзя. Советы по лечению давать запрещается.

Заключение может состоять из вопросов и ответов или просто выводов авторов.

Текст должен заканчиваться лозунгом-призывом, вытекающим из содержания санбюллетеня.

Изобразительная часть иллюстрирует текстовую и может состоять из одного или нескольких рисунков. Если санбюллетень перегружен иллюстрациями, то читателю трудно сосредоточиться, его внимание рассеивается.

Рисунок не обязательно должен подтверждать текст, он может его дополнять. Например, в санбюллетене, посвященном профилактике алкоголизма, можно нарисовать контур человека с точками, обозначающими расположение наиболее поражаемых органов, а в самом тексте об этом ничего не писать. Кроме рисунков, в санбюллетене могут использоваться схемы и фотографии.

Изобразительная часть вместе с текстовой не должны перегружать газету. В то же время нельзя допускать, чтобы в нем оставалось много пустого пространства.

Название санбюллетеня должно быть броским, ярким, но не запугивающим. Оно должно отражать содержание газеты, желательно не использовать названия заболеваний.

Например: вместо «Профилактика дизентерии» лучше написать «Болезнь грязных рук», или вместо «Профилактика алкоголизма» написать «Привычка, уносящая здоровье» и т.д.

Выходные данные обязательно указать на обратной стороне: Санбюллетень разработан студентами (или студентом) ... группы педиатрического факультета ТГМА, 2011.

Санбюллетень обычно вывешивают на видном месте. Срок экспозиции бюллетеня - не более 2-х недель. Потом его обычно снимают и меняют на другой.

Для приобретения студентами навыков коллективной исследовательской и сан.просвет. работы студенты распределяются в фокус-группы из 4-7 человек. В ходе работы с фокус-группами преподаватель обеспечивает научное и методическое руководство студентами, консультирует их, контролирует сроки выполнения этапов работы и дает предварительный отзыв на работу.

2.МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ РЕФЕРАТОВ ПО ВЫБРАННЫМ ТЕМАМ:

1. ЗАКАЛИВАНИЕ.

I. Введение. Определение закаливания. Актуальность проблемы. Историческая справка.

II. Основная часть.

1. Влияние закаливания на организм человека.
2. Цели и задачи закаливания.
3. Виды и способы закаливания.
4. Особенности закаливания детей разных возрастных групп.
5. Противопоказания к закаливанию.

III. Заключение. В этой главе необходимо сделать вывод о том, нужны ли человеку на самом деле закаливающие процедуры, с чего их лучше начинать и кому не следует заниматься закаливанием. Дать конкретные рекомендации по закаливанию для детей определённых возрастных групп.

IV. Приложение (схемы, рисунки, диаграммы)

V. Список использованной литературы.

Рекомендуемая литература:

1. Вопросы физического здоровья и валеологического воспитания учащейся молодёжи. Вып. 3: Тверская гос. мед. академия, Тверской гос. университет / ред. Осипов В.Г. – Тверь, ТГМА, 2006 г.
2. Мартынов С.М. Лечение детей нетрадиционными методами: практическая энциклопедия. – М.: КРОН-ПРЕСС, 2000 г.

2.МИНЕРАЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ИХ РОЛЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.

1. Введение. Актуальность проблемы. Статистические данные.

2. Основная часть.

- a. История открытия и изучения минеральных веществ и их влияния на организм человека.
- b. Классификация минеральных веществ.
- c. Влияние макро- и микроэлементов на организм человека.
- d. Нарушения минерального обмена, эндемичные заболевания:
 1. А. Причины;
 2. Б. Проявления;
 3. В. Принципы профилактики.
- e. Естественные источники минералов для человека.
- f. Возможность использования минеральных веществ в лечении заболеваний, препараты для наружного и внутреннего применения.
- g. Значение минеральных веществ в различные периоды жизни человека.

3. Заключение. Выводы о значении минеральных веществ для человека. Рекомендации по питанию и образу жизни, профилактике нарушения баланса минеральных веществ в организме.

4. Приложение (схемы, рисунки, диаграммы, результаты собственных исследований, анкетирования).

5. Список использованной литературы.

3.ВИТАМИНЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА.

1. Введение. Актуальность проблемы. Статистические данные.

2. Основная часть.
 - a. История открытия и изучения витаминов.
 - b. Классификация витаминов.
 - c. Значение водорастворимых витаминов для организма человека.
 - d. Значение жирорастворимых витаминов для организма человека.
 - e. Источники витаминов для человека (пищевые продукты, количественное содержание витаминов в них, влияние солнечного света на образование витамина D).
 - f. Гипо- и авитаминозы:
 - g. Гипервитаминозы.
 - h. Взаимодействие витаминов в организме человека (синергизм, антагонизм).
 - i. Фармакологические препараты витаминов, их использование в лечении гипо- и авитаминозов и других заболеваний, принципы и правила парентерального введения витаминов.
3. Заключение. Вывод о важности витаминов для организма человека, практические рекомендации по питанию и образу жизни, профилактике гипо- и авитаминозов.

4. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

1. Введение. Пристрастия в питании современного человека, особенности режимных моментов в его жизни, статистические данные.
2. Основная часть.
 - a. Принципы рационального питания.
 - b. Значение отдельных компонентов пищевых продуктов для организма человека (макронутриенты: белки, жиры, углеводы; микронутриенты: витамины, макро- и микроэлементы). Количественная и качественная характеристика пищевых веществ в питании человека.
 - c. Влияние фастфуда на здоровье человека.
 - d. Особенности питания в зависимости от возраста и пола.
 - e. Образ жизни и питание человека, калораж.
 - f. Заболевания, связанные с нарушением принципов рационального питания.
3. Заключение. Выводы о причинах нарушения людьми принципов рационального питания. Рекомендации по улучшению ситуации с питанием в семье, в отдельных учреждениях, в стране в целом.
4. Приложение (рисунки, таблицы, диаграммы, результаты собственных исследований). Потребность человека в белках, жирах, углеводах, в витаминах, макро- и микроэлементах по возрастам, потребность человека в калориях в зависимости от активности жизнедеятельности.
5. Список использованной литературы.

Рекомендуемая литература:

1. Боринский Ю.Н. Химия и функции белков. Ферменты. Витамины. Элементы рационального питания. – Тверь: ТГМА, 2007.
2. Спиричев В.Б. Что могут и чего не могут витамины. Издание 3, доп. – М.: Миклом, 2003.
3. Королёв А.А. Гигиена питания: учебник. – М.: Академия, 2006.
4. Гигиена питания – основа здоровья человека: учебно- методическое пособие к практическим занятиям для студентов 3 и 4 курсов лечебного, педиатрического, стом. и фарм. фак. : Тверская мед. академия. – Виноградов П.Б. – Тверь, 2003.
5. Лобыкина Е.Н. Пропаганда медицинских знаний в области питания на современном этапе. // Вопросы питания, 2007. – Т. 6, №3 – С. 44-49.
6. Гигиена питания: современные проблемы / В.А. Тутельян // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – №1. – С. 8-9.

7. Педиатрия: лекции по нутрициологии: учебное пособие / Е.И. Кондратьева, Т.Е. Тронова. – 2006.
8. Использование в питании детей школьного возраста продуктов, обогащённых витаминами и железом / В.Л. Коденцова, А.Д. Трофименко // Российский педиатрический журнал. – 2004. - №5. – С. 35 – 38.
9. Григорьев К.И. Витаминно - минеральная недостаточность у детей: решённые и нерешённые проблемы. – 2008.
10. Ших Е. Витаминно-минеральная недостаточность. – 2005.
11. Наместникова И.В., Боринский Ю.Н. Витамины в питании: методические указания для самостоятельной работы студентов педиатрического факультета по элективному курсу «Биохимия питания». – Тверь: ТГМА, 2008.
12. Л. Намазова, И.Громов Применение поливитаминов у детей. – М. – 2007.

5.ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА.

1. Понятие физической культуры.
2. Актуальность физической культуры как основного метода сохранения здоровья.
3. Физическая культура в жизни современного человека.
4. Виды и краткое описание самых распространённых методов физической активности: фитнес, аэробика, пилатес и др.
5. Важность физической культуры для здоровья школьников.

Рекомендуемая литература:

1. Осипов В.Г., Острей И.А. Физическая активность и здоровье. – 2000.
2. Пономарёва В.В. Физическая культура и здоровье. Учебник. – 2001.

6.ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И ВЛИЯНИЕ ЕГО НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.

1. Определение ЭМИ.
2. Актуальность проблемы ЭМИ в современной жизни.
3. Источники ЭМИ в повседневной жизни.
4. Влияние ЭМИ на здоровье человека.
5. Способы уменьшения влияния ЭМИ на здоровье человека.
6. Рекомендуемая длительность использования приборов, являющихся источником ЭМИ. Допустимое количество времени пребывания за компьютером для разных возрастов.

Рекомендуемая литература:

1. Пособие по безопасной работе на персональных компьютерах. –М. – НЦ ЭНАС. – 2003.

7. СТРЕСС.

7. Понятие стресса.
8. Актуальность проблемы. Роль стресса в формировании заболеваний.
9. Аспекты жизни, в которых человек может подвергаться стрессовым ситуациям:

А. Стресс дома.

Б. Стресс на работе/учёбе.

В. Стресс на улице.

1. Особенности стресса у школьников (дом – школа – улица, родители – учителя – сверстники).
2. Современные методы борьбы со стрессом: - музыка; - животные; - ароматерапия; - природа и др.

Рекомендуемая литература:

1. Шафиркин А.В. Влияние хронического психоэмоционального стресса на здоровье населения. – Авиакосмическая и экологическая медицина. – 2003. - № 3. – С. 31 – 38.

8. ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

1. Понятийный аппарат по проблеме и терминология: определения:

Гигиена как наука. Задача гигиены. Гигиена детей и подростков – профилактическая медицина. Профилактика. Медицина. Здоровье. Здоровье детей. Природные и социальные факторы окружающей среды. Критерии гигиенической оценки факторов среды. Нормирование в гигиене детей и подростков.

2. Актуальность проблемы.

Значение гигиены как профилактической медицины.

Разделы гигиены детей и подростков как дисциплины:

1. здоровье детей и подростков
2. гигиена учебно-воспитательного процесса и режима дня
3. гигиена физического воспитания
4. гигиена трудового воспитания, обучения и профессионального воспитания
5. гигиена питания детей и подростков
6. гигиенические основы строительства и оборудования учреждений для детей и подростков
7. гигиеническое обучение и воспитание. Основы формирования ЗОЖ детей и подростков
8. медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение детей и подростков.

Подробно рассмотреть 1-2-3 раздела, обосновав данный выбор. Например – режим (или оптимальная двигательная активность) как позитивный (при его соблюдении) и негативный фактор (при его несоблюдении), влияющий на здоровье ребенка и медико-социальные последствия действия данного фактора.

• **Гигиенические основы построения режима дня детей.**

Определение режима, его гигиеническое значение. Элементы режима дня детей (режим питания, сон, двигательная активность, прогулки, образовательные занятия в школе, дома, организация досуга – чтение, рисование, конструирование, просмотр телевизионных передач, занятия в кружках, помощь в доме, общественно-полезный труд в школе, гигиенические основы компьютеризации обучения в школе и занятий на компьютере дома). Примерный режим дня учащегося общеобразовательной школы (1-4 кл., 5, 6-7, 8-9, 10-11 – е классы).

• **Гигиена физического воспитания**

1. Определение двигательной активности. Суточная двигательная активность. Оптимальный двигательный режим. Факторы, определяющие двигательную активность ребенка (биологические, социальные).

Гипокинезия, гиперкинезия, их медико-социальные последствия.

Примерный объем двигательной активности учащихся (СП 2.4.2.782-99).

Нормирование двигательной активности для детей различного возраста. Периоды сенситивного развития физических качеств детей и рекомендуемые спортивные секции.

2. Средства и формы физического воспитания детей.

Определение физического воспитания. Основные задачи физического воспитания. Виды физического обучения (основное – (урок физ-ры); дополнительные- (гигиеническая гимнастика, физкультурные паузы, игры на переменах, «спортивный час» в группах продленного дня, спортивные праздники, «дни здоровья» и др.); факультативное обучение (занятия в спортивных секциях и кружках; лечебно-оздоровительное -в группах ЛФК), самостоятельное (в центрах или клубах).

Основные средства физического воспитания – физические упражнения, природные факторы, массаж, естественные локомоции, личная гигиена.

Закаливание как средство физического воспитания детей. Определение закаливания, механизм действия. Основные принципы закаливания. Общие (прогулки, сон на свежем воздухе, проветривание комнат, определенный воздушный и температурный режим в помещении) и специальные (гимнастика, массаж, воздушные и световоздушные ванны, водные процедуры, УФО) закаливающие процедуры. Примеры приемов проведения закаливающих процедур.

• **Гигиена питания детей и подростков.**

Определения: питание, рациональное питание, лечебное питание. Государственная политика в области здорового питания. Концепция сбалансированного питания. Особенности основного обмена и энерготрат детского и подросткового организма.

Основные макронутриенты (белки, жиры, углеводы) и микронутриенты (минеральные вещества и витамины), их основные функции и последствия недостаточного и избыточного поступления в организм. Роль воды в питании детей, ежедневная потребность детей в жидкости. Суточная потребность детей в пищевых ингредиентах. Содержание белков, жиров и углеводов в суточном рационе детей.

Грудное вскармливание. Важнейшие свойства женского молока.

Режим питания детей. Примерный суточный набор продуктов для детей. Суточный объем пищи и отдельных блюд. Основные нарушения пищевого статуса школьников России.

Проблема генетически модифицированных продуктов.

• **Гигиена среды развития, воспитания и обучения.**

Гигиенические требования к предметам детского обихода – одежда, обувь, игрушки, книги, учебники, детские принадлежности. Физиологические требования правильного положения тела при различных видах занятий и работы. Гигиенические требования к учебной мебели, оборудованию и их размещению. Гигиенические требования к освещению детских учреждений, воздушно-тепловой режим – последствия их несоблюдения.

9. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА.

Определение гигиены и личной гигиены. Профилактическое значение соблюдения личной гигиены как элемента ЗОЖ человека. Личная гигиена как фактор, способствующий формированию оптимального уровня здоровья ребенка, снижению заболеваемости. Профилактика инфекционных заболеваний: педикулеза, чесотки, грибковых заболеваний кожи, кишечных инфекций, кариеса и других заболеваний зубочелюстной системы; заболеваний костно-мышечной системы – плоскостопия, нарушения осанки, сколиоза; нарушения зрения, заболеваний дыхательных путей. Распространенность данных заболеваний у детей и подростков. Значение личной гигиены для формирования репродуктивного здоровья девочек и мальчиков. Эстетическое значение соблюдения чистоты.

Принципы ухода и содержание в чистоте тела, рук, интимная гигиена девочек и девушек, мальчиков и юношей, гигиеническое содержание ногтей, волос, гигиена полости рта с учетом анатомо-физиологических особенностей детей. Правила чистоты. Гигиенические требования к одежде, обуви, месту учебы, отдыха (соблюдение гигиенических требований к воздушно-тепловому режиму (проветривание, ионизаторы и очистители воздуха), освещению, к мебели (стул, стол, спальное место).

10. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ. ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Образ жизни – определение. ЗОЖ – определение. Вклад ЗОЖ в формирование здоровья.

Компоненты ЗОЖ:

1. оптимальный режим различных видов деятельности и отдыха
2. рациональное питание

3. оптимальная двигательная активность
4. физическая культура
5. закаливание
6. соблюдение правил личной гигиены
7. медицинская активность
8. позитивное экологическое поведение.
9. отсутствие вредных привычек
10. физический и душевный комфорт, гармоническое развитие физических и интеллектуальных способностей
11. высокая трудовая активность, удовлетворенность трудом.
12. дружные семейные отношения, устроенность быта

Рекомендуемая литература для подготовки рефератов:

1. Официальный сайт Союза педиатров России [Электронный ресурс]. /– Режим доступа: свободный // <http://pediatr-russia.ru/>
2. Официальный сайт ФГУЗ Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс] /– Режим доступа: свободный // <http://www.crc.ru/>
3. Официальный сайт Центрального НИИ организации и информации здравоохранения [Электронный ресурс]. /– Режим доступа: свободный // <http://www.mednet.ru/>
4. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] – Режим доступа: свободный.- // <http://www.gks.ru/>
5. Авдеева Т.Г. Введение в детскую спортивную медицину / Т.Г. Авдеева, Л.В. Виноградова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 176 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
6. Гигиена: учебник /Под ред. акад. РАМН Г.И. Румянцева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 608 с: ил. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
7. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 384 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
8. Иванов В.П., Васильева О.В. Основы экологии: учебник / В.П. Иванов, О.В. Васильева. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 272 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
9. Иванов В.П., Иванова Н.В. Медицинская экология (для студентов медицинских вузов) - М.: СпецЛит, 2011. - 320 с.- [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
10. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник для вузов / Кучма В.Р. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 480 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
11. Лисицын Ю. П. Медицина и здравоохранение XX-XXI веков : учеб. пособие / Ю. П. Лисицын. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. - 400 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
12. Соколов В.А. Дорожно-транспортные травмы : руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 176 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/>
13. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года" / Г. Э. Улумбекова. - М.:

ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 592 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/> /

14. Экология человека: учебник для вузов /Под ред. Григорьева А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 240 с. - [Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»] // <http://www.studmedlib.ru/> /

V. Санитарно- просветительная работа в учреждениях образования и здравоохранения (по теме реферата).

Самостоятельная работа:

Работа в общеобразовательных учреждениях проводится в рамках проект «Кабинеты здоровья».

Форма отчетности: студенты предоставляют справку-отзыв из учреждения (больницы, поликлиники, ДДУ, школы) и 2-3 фотографии.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ И ОСНОВ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**Межфакультетская студенческая олимпиада
«ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ
ПОДРОСТКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»**

ПОЛОЖЕНИЕ

Формирование здорового образа жизни подрастающего поколения является стратегическим направлением государственной политики в области здравоохранения и одним из приоритетных направлений развития системы образования и здравоохранения Тверской области.

На фоне демографического кризиса продолжает ухудшаться здоровье детей. Особую тревогу вызывают показатели заболеваемости подростков. В Российской Федерации в настоящее время насчитывается около 18 млн. детей подросткового возраста (10-17 лет). Здоровье современных подростков характеризуется ростом хронической патологии, которой страдает до 70% подростковой популяции, увеличением числа детей – инвалидов, остается высоким уровень смертности, ведущее место среди причин которой занимают травмы, отравления и другие причины насильственного характера. По официальным данным, частота наркомании и токсикомании среди 15-17 летних составляет 86,7 на 100 тыс. человек, что в 40 раз больше, чем среди детей до 15 лет. Отмечается децелерация физического развития и полового созревания. Число биологически незрелых подростков составляет 19-22% (в 80-е гг. – 10-15%) (В.Р.Кучма, 2005, А.А.Баранов, 2006).

Показатель хронических заболеваний в целом по Тверской области составляет 260 на 1000 детского населения, причем значительная часть хронических заболеваний приходится на возрастную группу детей 10-14 лет, многие из которых имеют по 2-3 заболевания. Неутешительные показатели в состоянии здоровья детей, подтвержденные Всероссийской диспансеризацией на фоне неблагоприятной демографической ситуации в области потребовали стратегического подхода по двум основным направлениям:

1. Развитие **жизнесохраняющих технологий**, требующие значительных финансовых затрат и являющихся прерогативой департамента здравоохранения области;

2. Развитие **здоровьесберегающих технологий**, которые строятся в основном на профилактической работе и осуществляются в рамках деятельности лечебно-профилактических и образовательных учреждений.

В принятой Правительством РФ "Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 г." в качестве одного из приоритетных направлений деятельности всех ведомств регионов (образовательных и медицинских учреждений, общественных организаций и средств массовой информации и др.) - признается "формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры", т.к. одних знаний не достаточно, главное для успеха – это мотивация населения, ребенка, школьника, его семьи быть здоровым, что возможно только при совместном усилии медицины и педагогики. В принятых правительством документах (Приказ №139 Минздрава РФ от 4.04.03) подчеркивается роль школы в формировании основ здорового образа жизни подрастающего поколения. Именно школа играет на данном этапе развития общества значительную роль в формировании здорового образа жизни молодого поколения - будущего России. Формирование здоровья ребенка на этапе 7-18 лет в значительной мере зависит от условий обучения, характера учебного процесса, образа жизни ребенка. Сегодня к основным классам болезней, частота которых наиболее интенсивно возрастает в процессе школьного обучения, относятся заболевания глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной и соединительной ткани, органов пищеварения, пограничные психические нарушения. Кроме того, значительной медико-социальной проблемой сегодняшнего дня является высокий травматизм детей, как в быту, так и в условиях школы, в том числе, при занятиях физической культурой. Среди социальных факторов, влияющих на формирование здоровья детей, 20% составляют факторы внутришкольной среды. Следовательно, внедрение профилактических и оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений позволит добиться улучшения состояния здоровья учащихся, снизить риск возникновения и распространения здоровьеразрушающих форм поведения и социально-значимых заболеваний. Осуществление профилактических и оздоровительных технологий в образовательном учреждении предполагает совместную деятельность администрации образовательных учреждений, педагогов, медицинского персонала детских амбулаторно-поликлинических учреждений, участие родителей.

Таким образом, для решения проблемы оптимального формирования здоровья подростков (учащихся) безальтернативным является задействование медико-психолого-педагогического комплекса, где медицина может предложить и дать научное обоснование тем или иным методам профилактики и оздоровления.

В связи с вышесказанным одним из приоритетных направлений работы ТГМА, которая проводится в тесном сотрудничестве с областным департаментом здравоохранения является внедрение межведомственной инновационной программы «**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В АСПЕКТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ**».

В рамках данной программы среди студентов младших курсов Тверской государственной медицинской академии проводится межфакультетская студенческая олимпиада «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у подростков в образовательных учреждениях», целью которой является повышение эффективности профилактической работы среди подростков и учащейся молодежи.

Задачи олимпиады:

1. Повышение профессионального образования студентов ТГМА по проблеме сохранения и укрепления здоровья учащихся образовательных учреждений путем создания сквозной междисциплинарной учебной программы с элементами инновационных технологий (работа в фокус-группах, проблемно-ориентированное обучение, модульный принцип построения учебного процесса) по разделу «Основы формирования здоровья учащейся молодежи».

2. Разработка новых подходов к профилактике здоровьеразрушающих форм поведения среди подростков, повышению мотивации к укреплению собственного здоровья, ведению здорового образа жизни, как ведущего фактора формирования здоровья подростков и учащейся молодежи в образовательных учреждениях.

3. Обучение учащихся различных возрастных групп здоровому образу жизни с привлечением педагогов и студентов ТГМА.

4. Повышение профессионального образования педагогов общеобразовательных учреждений по проблеме сохранения и укрепления здоровья учащихся.

5. Участие студентов в разработке и проведении системного мониторинга знаний школьников и учащейся молодежи по аспектам здорового образа жизни для оценки результативности функционирования программы.

Практическая значимость олимпиады:

Подготовка среди студентов - лауреатов и призеров олимпиады волонтеров по пропаганде здорового образа жизни и профилактики здоровьеразрушающих форм поведения среди подростков для санитарно-просветительной работы в общеобразовательных учреждениях, школах-интернатах, больницах г.Твери и Тверской области (**примеры данной работы волонтеров представлены на компакт-диске - в Медновской школе-интернате и на фотографиях – в общеобразовательных школах**).

Механизмы проведения межфакультетской студенческой олимпиады «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у подростков в образовательных учреждениях»

1. Олимпиада проводится ежегодно в 2 этапа:

I этап (отборочный) – факультетский, проводится в ноябре среди студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов с выявлением на каждом из факультетов 3-х лучших коллективных студенческих работ (студенческая «фокус-группа»).

II этап (итоговый) – межфакультетский, проводится в декабре, среди победителей I этапа олимпиады, по результатам которого определяются 3 лучшие студенческие группы и в **личном зачете определяются победители олимпиады среди студентов (I, II и III место)**.

2. Местом проведения олимпиады является конференц-зал детской поликлиники №1 МУЗ ГKB №6, на базе кафедры поликлинической педиатрии с основами формирования здоровья.

3. Олимпиада проводится среди студентов младших курсов ТГМА, возраст участников составляет от 18 до 20 лет.

4. Подведение итогов олимпиады проводится как в коллективном зачете (определяется лучшая студенческая «фокус-группа»), так и в личном зачете с выявлением студентов – победителей олимпиады (I, II и III место).

5. К олимпиаде допускаются все желающие студенты 1-2 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов.

6. Для участия в олимпиаде необходимо:

1. Подготовка студентами научного реферата по одной из предложенных тем:

1. Здоровый образ жизни: его компоненты и принципы
2. Основы рационального питания.
3. Рациональное питание школьника.
4. Значение минеральных веществ в питании человека.
5. Витамины и их значение для организма.

6. Основы личной гигиены.
7. Гигиена полости рта.
8. Основы экологической культуры
9. Основы физической культуры.
10. Оптимальный двигательный режим
11. Стресс и здоровье человека
12. Закаливание.
13. Профилактика наркомании и токсикомании.
14. Алкоголизм и борьба с ним.
15. Пивная алкоголизация как медико-социальная проблема
16. Вред курения.
17. Профилактика травматизма.
18. Влияние электро - магнитного излучения на здоровье школьников.
19. Рациональное питание как профилактика стоматологических заболеваний.
20. Профилактика кариеса у школьников

Реферат должен соответствовать следующим требованиям:

Объем реферата – 30-40 страниц, 14 шрифт, 1,5 интервал.

Структура реферата и его содержание. Реферат состоит из четырех частей: введения, основной части и заключения и списка использованной литературы. Во введении необходимо раскрыть актуальность темы. В основной части реферата необходимо изложить фактические материалы, отобрав из громадного числа данных, накопленных наукой и практикой, наиболее существенные. В заключении отражаются выводы и рекомендации. Список использованных источников включает не менее 15-20 работ и ссылки на медицинские ресурсы Интернета. Тема реферата должна быть раскрыта полностью. По желанию студенты проводят собственное научное исследование по выбранной теме, что оформляется в отдельную главу «Результаты собственного исследования».

2. Подготовка студентами доклада по выбранной теме работы. Требования к докладу:

1. адаптированность доклада аудитории, для которой подготовлено сообщение (в зависимости от возраста будущих слушателей и типа образовательного учреждения, где планируется проведение беседы)
2. последовательность изложения материала, доходчивость, убедительность
3. творчество студентов (собственные стихи, сценки и т.д.),
4. продолжительность лекции 10- 15 мин.
5. наличие наглядности

3. Подготовка студентами сан бюллетеня для образовательного учреждения по выбранной теме работы.

Требования к оформлению санитарного бюллетеня:

Санитарный бюллетень может быть оригинальный и типовой (разработанный по образцу). Размер санбюллетеня, как правило, 60х90 см. Расположение - обычно горизонтальное, но может быть и вертикальным. Санбюллетень состоит из текстовой и изобразительной части, причем, текстовая часть преобладает. Текст санбюллетеня должен быть написан доступным языком с учетом интересов и образовательного ценза читателей. Авторы могут выбрать любой жанр: информацию, очерк, рассказ, стихи и др. Текст, как правило, пишется на основе местных материалов и примеров, но иногда авторы санбюллетеня могут пользоваться готовыми текстами из журналов «Здоровье», «Медицинской газеты» и различных медицинских журналов. Текст состоит из введения, основной части и заключения. Введение вводит читателей в проблемы и объясняет, почему выбрана данная тема санбюллетеня, насколько она актуальна. Введение названия или подзаголовок не

имеет. Основная часть может состоять из нескольких сообщений, информации или коротких зарисовок. Каждая из них должна иметь броский подзаголовок. В основной части раскрывается суть проблемы. Сложные медицинские термины использовать не рекомендуется. Советы по лечению давать запрещается. Заключение может состоять из вопросов и ответов или просто выводов авторов. Текст должен заканчиваться лозунгом-призывом, вытекающим из содержания санбюллетеня. Изобразительная часть иллюстрирует текстовую и может состоять из одного или нескольких рисунков. Рисунок не обязательно должен подтверждать текст, он может его дополнять. Кроме рисунков, в санбюллетене могут использоваться схемы и фотографии. Название санбюллетеня должно быть броским, ярким, и должно отражать содержание газеты. Слово «санбюллетень» пишется обычно мелким шрифтом в правом нижнем углу газеты, где указываются выходные данные студентов. Например: «Санбюллетень разработан студентами ... группы лечебного факультета ТГМА.»

4.Отзыв из образовательного учреждения или больницы, где студенты прочитали лекцию по выбранной теме.

Последним разделом олимпиады является санитарно-просветительная работа студентов в общеобразовательных учреждениях, школах-интернатах, больницах, где студентам дают отзыв о прочитанной лекции, что также входит в критерии оценки.

7. Критериальная база олимпиады

Жюри оценивает студенческие работы по всем вышеперечисленным критериям. Каждый критерий оценивается от 0 до 2 баллов.

Студенты принимают участие в обсуждении доклада и сан бюллетеня. Голосуют с помощью карточек красного, желтого и зеленого цветов. (Красный – «2», зеленый «1», желтый «0» балла).

Итоговая оценка выставляется жюри по сумме всех заработанных студентом в личном зачете баллов – от 0 до 10.

Результаты голосования каждый член жюри заносит в таблицу 1:

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ КУРАТОРСКОГО ЛИСТА

<p><u>Дата</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Температура тела • ЧСС • ЧДД • Масса и длина тела (для детей до 3-х лет) • АД (для детей старше 9 лет) 	<p><u>Ф.И.О. ребенка, его возраст, адрес.</u></p> <p>«На дому первично» «На дому повторно» «На дому активно» «На приеме»</p> <p><u>Жалобы</u> на момент курации:</p> <p><u>An.vita:</u></p> <p><u>An. morbi:</u></p> <p><u>St.pres.:</u> состояние, положение в постели, активность, сон, аппетит, кожные покровы и слизистые, телосложение, состояние ротоглотки, периферические лимфоузлы. Далее по органам и системам, подробно описывая те системы, в которых обнаружены отклонения или которые значимы для данной патологии. Стул, диурез.</p> <p><u>Заключение:</u> диагноз (по классификации) или уровень здоровья (по группам).</p> <p><u>Подпись:</u> полностью фамилия и инициалы, номер группы.</p>	<p><u>Назначения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • По режиму • Питанию • Медикаментозные • Немедикаментозные • Дополнительные методы обследования (при необходимости) • Лабораторные методы (при необходимости) <p><u>Дата явки в поликлинику:</u></p> <p>«Больничный лист выдан _____ (Ф.И.О.) с _____ по _____ число, месяц, год)» или «Больничный лист не нужен»</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------