

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

Кафедра поликлинической педиатрии и неонатологии

Рабочая программа дисциплины

Поликлиническая педиатрия

для обучающихся 5 и 6 курсов

направление подготовки (специальность)

31.05.02 Педиатрия

форма обучения

очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	7 з.е. / 252 ч.
в том числе:	
контактная работа	156 ч.
самостоятельная работа	96 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен XI семестр

Тверь, 2025

Разработчики:

- зав.кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ д.м.н., профессор Алексеева Ю.А
- доцент кафедры поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ к.м.н., доцент Барашкова А.Б.
- доцент кафедры поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ к.м.н., доцент Кочегурова Е.М.
- доцент кафедры поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ к.м.н., доцент Акопов Э.С.

Внешняя рецензия дана зам. начальника отдела охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Тверской области Донским Д.В.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры поликлинической педиатрии и неонатологии «28» апреля 2025 г. (протокол №9)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «27» мая 2025 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2025 г. (протокол №1)

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО 3++) по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 N 965 (ред. от 27.02.2023) "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.02 Педиатрия" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2020 N 59452) с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Обучить выпускников по специальности «Педиатрия» диагностике заболеваний и патологических состояний у детей различного возраста на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
2. Сформировать у обучающихся алгоритм оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов оказания медицинской помощи на этапе первичного звена здравоохранения;
3. Научить выпускников методике формирования у детей, подростков, членов их семей и будущих родителей позитивного медицинского поведения, направленного на формирование и повышения уровня здоровья;
4. Научить студентов прогнозированию, диагностике и лечению неотложных состояний в разные возрастные периоды детства на этапе первичного звена здравоохранения;
5. Обучить студентов методам проведения медицинской и социальной реабилитации, решения медико-социальных проблем детей и их семей;
6. Научить студентов осуществлению санитарно-просветительной и санитарно-гигиенической работы в семье и в учреждениях здравоохранения;
7. Обучить студентов ведению отчетно-учетной документации в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического профиля;
8. Обучить студентов проведению анализа научной литературы и подготовки рефератов по современным научным проблемам педиатрии.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения – Индикаторы достижения компетенций	В результате изучения дисциплины обучающийся должен:
ПК- 1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных ме-	ИПК-1.1 Проводит сбор данных о состоянии ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребёнком (возраст родителей, вредные привычки, профессиональные вредности, социально-гигиенические условия)	ИПК 1.1 Знать: Методику сбора и оценку родословной, социально-средового и биологического анамнеза. Международную статистическую классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Уметь: Устанавливать контакт с ребенком, родителями (законными представите-

тодов исследования.	ИПК-1.2 Собирает анамнез жизни ребёнка, проводит оценку физического и психомоторного развития в динамике, начиная с рождения ИПК-1.3 Собирает информацию о перенесённых заболеваниях и хирургических вмешательствах, сроках проведения профилактических прививок и диагностических тестов, постпрививочных реакциях ИПК-1.4 Оценивает общее состояние ребёнка, его самочувствие, состояние органов и систем; выявляет состояния, требующие оказания неотложной помощи детям	лями) и лицами, осуществляющими уход за ребенком Владеть навыками: Методикой сбора и оценки жалоб, анамнеза жизни и заболевания ребенка. ИПК 1.2 Знать: Методику сбора анамнеза жизни ребенка, оценку физического и психомоторного развития. Факторы определяющие и критерии характеризующие здоровье. Уметь: Оценивать анамнез жизни ребенка, физическое и психомоторное развитие. Владеть навыками: Методикой оценки факторов, определяющих и критериев, характеризующих здоровье. ИПК 1.3 Знать: Методику сбора и оценки жалоб, анамнеза жизни и заболевания ребенка Уметь: Получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболевания ребенка Владеть навыками: Сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания ребенка ИПК 1.4 Знать: Методику оценки состояния и самочувствия ребенка, объективного обследования ребенка Уметь: Оценивать состояние и самочувствие, проводить объективное обследование ребенка Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям Владеть навыками: Оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям
----------------------------	--	--

	ИПК-1.5 Осуществляет направление ребёнка на лабораторное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, протоколами, стандартами и порядками оказания медицинской помощи ИПК-1.6 Проводит диагностику заболеваний у детей с учётом особенностей течения по возрастам ИПК-1.7 Интерпретирует результаты инструментального и лабораторного обследования ребёнка	ИПК 1.5 Знать: Действующие клинические рекомендации, протоколы, стандарты и порядок оказания медицинской помощи детям. Уметь: Обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей, необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам, на госпитализацию Владеть навыками: Направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование, к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи ИПК 1.6 Знать: Этиологию и патогенез болезней и патологических состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям Уметь: Проводит диагностику заболеваний у детей с учётом особенностей течения по возрастам Владеть навыками: Проведением дифференциального диагноза с другими болезнями и постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем ИПК 1.7 Знать: Объем лабораторного и инструментального обследования детей, необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам, на госпитализацию Уметь: Интерпретировать результаты лабора-
--	---	---

		торных и инструментальных методов обследования Владеть навыками: Медицинской аппаратурой, которая входит в стандарт оснащения кабинета врача-педиатра участкового в соответствии с порядком оказания медицинской помощи
ПК-2. Способен оказать медицинскую помощь пациентам разного возраста в неотложной и экстренной формах.	ИПК-2.1 Оценивает состояние пациента для принятия решения о необходимости и объеме оказания ему медицинской помощи в неотложной и экстренной формах ИПК-2.2 Применяет основные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях ИПК-2.3 Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской	ИПК 2.1 Знать: Принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи пациентам разного возраста при внезапных острых заболеваниях, патологических состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Уметь: Оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, патологических состояниях с явными признаками угрозы жизни пациента Владеть навыками: Оказанием медицинской помощи пациентам разного возраста при внезапных острых заболеваниях, патологических состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента ИПК 2.2 Знать: Порядок оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Уметь: Оказывать медицинскую помощь при обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента Владеть навыками: Оценкой эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии ИПК 2.3 Знать: Лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицин-

	помощи пациентам разного возраста в неотложной и экстренной форме	ской помощи пациентам разного возраста в неотложной и экстренной форме Уметь: Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам разного возраста в неотложной и экстренной форме Владеть навыками: Оказанием медицинской помощи пациентам разного возраста при urgentных состояниях с использованием лекарственных препаратов и медицинские изделия
ПК – 3 Способен назначить лечение детям при острых и хронических заболеваниях и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ИПК-3.1. Осуществляет выбор оптимальных методов лечения с учетом знаний о правилах, способах введения, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, дозах и продолжительности приема при различных заболеваниях. ИПК-3.2. Обладает тактикой ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями с оценкой эффективности проведенной терапии	ИПК 3.1 Знать: Правила получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение лечения Современные методы медикаментозной и немедикаментозной терапии болезней и патологических состояний у детей Уметь: Составлять план лечения болезней и патологических состояний ребенка в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Владеть навыками: Разработкой плана лечения болезней и патологических состояний ребенка Назначением медикаментозной и немедикаментозной терапии ребенку ИПК-3.2. Знать: Принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекоменда-

		циями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи Принципы и правила оказания паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях Оказывать паллиативную медицинскую помощь детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка Владеть навыками: Оказанием медицинской помощи детям при острых и хронических заболеваниях Оценкой эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей
ПК-4. Способен организовать и провести профилактические медицинские осмотры детей разного возраста, диспансерное наблюдение здоровых и больных детей.	ИПК-4.1 Применяет знание нормативных правовых актов, регламентирующих порядок проведения профилактических медицинских осмотров в зависимости от возраста и состояния здоровья, диспансерного наблюдения здоровых и больных детей	ИПК 4.1 Знать: Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров несовершеннолетних Основные принципы профилактического наблюдения за детьми с учетом возраста ребенка, состояния здоровья в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Критерии распределения детей на группы здоровья с учетом диагноза, результатов функционального обследования, кратности перенесенных заболеваний в течение года, нервно-

		психического и физического развития Уметь: Организовывать и обеспечивать проведение профилактических медицинских осмотров детей с учетом их возраста и состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Определять группу здоровья ребенка с учетом диагноза, результатов функционального обследования, кратности перенесенных заболеваний в течение года, нервно-психического и физического развития Устанавливать группу здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных учреждениях с учетом диагноза и перенесенного заболевания Владеть навыками: Проведением диспансерного наблюдения длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья и детей-инвалидов Назначением лечебно-оздоровительных мероприятий детям
	ИПК-4.2 Использует навыки организации и проведения профилактических медицинских осмотров детей разного возраста и диспансерного наблюдения здоровых и больных детей	ИПК-4.2 Знать: Лечебно-оздоровительные мероприятия среди детей с учетом группы здоровья, возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Принципы диспансерного наблюдения длительно и часто болеющих детей, и детей с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Уметь: Назначать лечебно-оздоровительные мероприятия детям с учетом возраста ребенка, группы здоровья и факторов

		риска в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, контролировать соблюдение оздоровительных мероприятий Проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми, детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи Владеть навыками: Организацией и проведением профилактических медицинских осмотров детей Установлением группы здоровья ребенка Установлением медицинской группы здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных организациях
--	--	--

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Поликлиническая педиатрия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалиста.

Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в работе с больными и здоровыми новорожденными, детьми и подростками 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 urgentной 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 кафедре поликлинической педиатрии и неонатологии. 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, практических занятиях и во время работы в учреждениях первичного звена здравоохранения под руководством преподавателей студенты знакомятся 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, организационные 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 вместе с куратором 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 III - V 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 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, методах диагностики, классификации, профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины и действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи. В процессе изучения дисциплины «Поликлиническая педиатрия» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности участкового врача педиатра.

Уровень начальной подготовки обучающегося для успешного освоения дисциплины «Поликлиническая педиатрия»:

- *Иметь представление о закономерностях развития ребенка в онтогенезе.*

- *Знать* анатомо-физиологические особенности систем органов детей в возрастном аспекте; патофизиологические процессы в организме; методику обследования ребенка.
- *Уметь проводить* обследование здорового и больного ребенка, оценивать синдромы поражения органов и систем органов; оценивать физическое и нервно-психическое развитие ребенка, составлять карту питания детям раннего возраста.
- *Владеть* навыками ухода за здоровыми и больными новорожденными и детьми раннего возраста.

Перечень дисциплин, усвоение которых студентами необходимо для изучения «Поликлинической педиатрии»:

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,
- пропедевтика детских болезней,
- факультетская педиатрия.

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 неонатологии. 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: 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.
- «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. Объём дисциплины составляет 7 зачетных единиц, 252 академических часа, в том числе 156 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (16 часов лекций и 140 часов клинических практических занятий), 69 часов самостоятельной работы обучающихся и 27 часов на подготовку к экзамену.

5. Образовательные технологии

В процессе преподавания дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: лекция-визуализация; традиционная лекция; занятие – конференция; тренинг; клиническое практическое занятие; деловая учебная игра; метод малых групп; занятия с использованием тренажёров, симуляторов; просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций; использование интерактивных атласов; разбор клинических случаев; подготовка и защита кураторского листа; участие в научно-практических конференциях; УИРС; проведение олимпиады по ЗОЖ; подготовка и защи-

та рефератов, мультимедийных презентаций; создание информационных бюллетеней (**Приложение 2**).

Элементы, входящие в самостоятельную работу обучающегося: подготовка к клиническим практическим занятиям, рубежному контролю и промежуточной аттестации; написание кураторского листа и рефератов; подготовка мультимедийных презентаций, портфолио; работа с Интернет-ресурсами, составление индивидуального календаря прививок, проф. осмотров здоровых и больных детей. Самостоятельное освоение раздела – «Современное санаторно-курортное лечение детей и подростков». Беседы с учащимися общеобразовательных школ и воспитанниками ДДУ; проведение бесед с родителями, детьми и подростками на поликлиническом приеме, при патронаже беременных женщин и новорожденных профилактической направленности и по актуальным вопросам ЗОЖ.

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.

Клинические практические занятия проводятся в детских поликлиниках №1 и №2 МУЗ ГКБ №6 г.Твери.

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.], 2024. – 274 с. Режим доступа ЭОС: <https://eos.tvgmru.ru/local/crw/course.php?id=602>

6. Формы промежуточной аттестации

Формой контроля усвоения учебного материала клинических практических занятий и лекций является проведение текущего 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 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);
- тестовые и практико-ориентированные задания в интерактивной форме на платформе ЭОС.

Контроль самостоятельной работы студента:

- оформление и защита кураторского листа по больному или здоровому ребенку
- написание и защита реферата в фокус-группах по выбранной теме

Промежуточная аттестация проводится в форме трехэтапного курсового экзамена в XI семестре <https://eos.tvgmru.ru/local/crw/course.php?id=602>:

- **первый этап** - решение 100 заданий в тестовой форме и практико-ориентированных заданий;
- **второй этап** - контроль практических навыков предполагает оформление академического кураторского листа по здоровому (диспансерное наблюдение) и больному ребенку, который проводится на последнем занятии цикла;
- **третий этап** – собеседование по 1-й ситуационной задаче (5 вопросов).

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

II. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

1. Содержание дисциплины

Модуль 1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Мотивация модуля:

Знание основных положений организации работы детской поликлиники, участкового педиатра, правил выдачи и оформления листа временной нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком, групп детского населения и категорий заболеваний, пользующихся льготным лекарственным обеспечением, необходимое для практической работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Оформление основной медицинской документации на здорового и больного ребёнка. Схема унифицированной формы записи (ф. 112 на детей первых 3-х лет жизни) для комплексной оценки состояния здоровья ребёнка в динамике и эффективности лечебно-профилактических мероприятий на участке.

Студент должен знать:

- Организацию работы детской поликлиники.
- Структуру детской поликлиники.
- Функциональные обязанности участкового педиатра.
- График работы участкового педиатра, врачей узких специальностей.
- Правила выписки рецептов.
- Основные правила выдачи и оформления листа временной нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком.
- Основные формы медицинской документации, действующие в детской поликлинике.
- Сроки этапных эпикризов на детей первых 3-х лет жизни.
- Новые формы работы детской поликлиники по обслуживанию здоровых и больных детей.
- Основные разделы работы участкового педиатра. Показания для лечения детей на дому.

Студент должен уметь:

- Определять группы населения, пользующиеся льготным лекарственным обеспечением.
- Определять категории заболеваний, при амбулаторном лечении которых, лекарственные средства отпускаются бесплатно.
- Оформлять больничные листы по уходу за больным ребёнком.
- Оформлять рецепт на бесплатное питание детей первых 2-х лет жизни в условиях поликлиники.
- Составлять план наблюдения за здоровыми детьми 1-го года жизни в условиях поликлиники с учетом сроков обязательных осмотров педиатром, узкими специалистами и лабораторных исследований.
- Заполнять основные разделы унифицированной формы записи истории развития (ф. 112/у).
- Вести основную медицинскую документацию на здорового и больного ребёнка в детской поликлинике (ф. 112/у, 063/у, 058/у, 030/у, 026/у-2000).

Студент должен овладеть практическими навыками:

- Рассчитать и оценить основные показатели работы детской поликлиники, участкового педиатра.
- Выписать рецепт на лекарственные препараты.
- Оформить листок временной нетрудоспособности.

- Выписать льготный рецепт на лекарственные средства согласно утвержденному перечню.
- Выписать рецепт на молочную кухню детям 1-го года жизни.
- Выписать рецепт на бесплатное питание в магазин для детей первых 2-х лет.
- Заполнить основную медицинскую документацию детской поликлиники.
- Оформить этапный эпикриз на ребёнка первых 3-х лет жизни согласно унифицированной формы записи.

Вопросы для самоподготовки:

- Типы поликлиник. Требования, предъявляемые к помещению детской поликлиники. Структура поликлиники. Отделения.
- Штаты поликлиники. Система единого педиатра. Участковый принцип организации обслуживания детей.
- Режим работы детской поликлиники. График работы участкового педиатра, участковой медсестры, узких специалистов.
- Фильтр и организация его работы.
- Регистратура, принцип её работы, новые формы работы.
- Оборудование педиатрического кабинета, прививочного и процедурного, лечебно-диагностических кабинетов (ЛФК, физиопроцедурного и лаборатории).
- Комната здорового ребёнка, задачи и объем работы. Оснащение.
- Структура педиатрического участка, число детей на участке. Связь с женской консультацией, роддомом, стационаром, станцией скорой помощи, ДДУ, школой.
- Функциональные обязанности и основные разделы работы участкового педиатра и участковой медсестры.
- Организация приёма детей в поликлинике. День здорового ребёнка. Норма приёма детей участковым педиатром.
- Основные показатели работы участкового педиатра.
- Правила оформления и выдачи больничных листов.
- Правила выписывания рецептов.
- Льготное лекарственное обеспечение отдельных групп населения и категорий заболеваний.
- Схема унифицированной записи истории развития. Основные разделы. Лечебно-профилактические мероприятия по развитию и воспитанию ребёнка.
- Сроки и правила оформления этапных эпикризов на детей первых 3-х лет жизни.
- Основная учетная документация детских поликлиник:
 - а) ф. 112/у - история развития ребёнка,
 - б) ф. 026/у-2000 - индивидуальная карта ребёнка,
 - в) ф. 063/у - карта профилактических прививок,
 - г) ф. 030/у - контрольная карта диспансерного наблюдения,
 - д) ф. 031/у - книга записи вызовов врача на дом,
 - е) ф.058/у - экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

1-2.Практическое занятие. Структура и функция детской поликлиники.

Основные показатели деятельности детской поликлиники. Годовой отчет участкового врача. Обязанности медперсонала детской поликлиники. Учетная медицинская документация. Правила оформления медицинской документации при первичном обращении больного ребенка.

Самостоятельная работа. Знакомство с работой регистратуры детской поликлиники. Журнал вызовов на дом. Расписание работы участковых педиатров, специалистов, вспомогательных кабинетов и служб.

Цель занятия - знание основных положений организации работы детской поликлиники, функциональных обязанностей участкового педиатра, необходимое для практической работы в амбулаторно - поликлинических учреждениях. Оформление основной медицинской документации на здорового и больного ребёнка, является основным разделом работы участкового педиатра. Схема унифицированной формы записи ф.112/у на детей первых 3-х лет жизни для комплексной оценки состояния здоровья ребёнка в динамике и эффективности лечебно-профилактических мероприятий на участке.

В ходе занятия студент должен

знать:

- основные задачи и направления деятельности детской поликлиники;
- функциональные обязанности и содержание работы медперсонала детской поликлиники (участкового педиатра, участковой мед.сестры, зав.отделением).
- правила оформления основной учетной медицинской документации. Расписание работы участковых педиатров, специалистов, вспомогательных кабинетов и служб.
- Правила оформления медицинской документации при первичном обращении больного ребенка.

понимать:

- организационную структуру детской поликлиники;
- принципы работы детской поликлиники;
- этапы планирования работы участкового педиатра;
- основные показатели работы детской поликлиники и участкового врача;

анализировать и оценивать:

- показатели работы детской поликлиники;
- показатели работы участкового врача;

В ходе самостоятельной работы студент должен

обратить внимание:

- на особенности штатного расписания,
- на режим работы регистратуры и служб данной поликлиники;

овладеть навыками:

- оформления основной медицинской документации участкового врача,
- подготовкой и составлением годового отчета участкового педиатра;
- расчета основных показателей деятельности детской поликлиники
- составления плана работы участкового педиатра;

3-4.Практическое занятие. Экспертиза временной нетрудоспособности в педиатрической практике. Биэтика в педиатрии. Экспертиза временной нетрудоспособности по уходу за здоровым и больным ребенком в практике врача педиатра. Основные законодательные документы, регламентирующие выдачу документов, освобождающих от работы лиц, ухаживающих за детьми. Общий порядок выдачи листков временной нетрудоспособности и справок по уходу. Частные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности в педиатрической практике. Правила заполнения листка временной нетрудоспособности и справки по уходу. Знакомство студентов с основными международными актами и Российскими законами, охраняющими права ребенка. Понятия и содержание медицинской этики и врачебной деонтологии.

Цель занятия: знание основных правил выдачи и оформления больничных листков по уходу за больным ребёнком, групп детского населения и категорий заболеваний, пользу-

ющихся льготным лекарственным обеспечением, необходимое для практической работы в амбулаторно - поликлинических учреждениях.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля, в кабинете здорового ребенка - по индивидуальному графику). Оформление листка временной нетрудоспособности, проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

Подготовка реферативных сообщений:

1. Морально - этические проблемы медицинской генетики в педиатрии,
2. Деонтологические проблемы реанимации, эвтаназии, трансплантация органов и тканей.
3. Проблемы конфиденциальности и врачебной тайны в педиатрии.
4. Биоэтика клинических исследований на детях.

В ходе занятия студент должен

знать:

- общий порядок выдачи листка временной нетрудоспособности по уходу за ребенком;
- основные правила оформления листка временной нетрудоспособности;
- законодательные акты, регламентирующие проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- основные положения медицинской этики и врачебной деонтологии;
- основные международные актами и Российские законы, охраняющими права ребенка.

понимать:

- юридическую и административную ответственность врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности;
- основные термины медицинской этики и врачебной деонтологии, их содержание и смысл (границы личности врача, врачебная тайна, халатность, право на эксперимент и т.д.).

анализировать и оценивать деонтологические аспекты:

- врач – пациент;
- врач – подчиненные;
- врач - родители ребенка;
- врач - врач (коллега).

В ходе самостоятельной работы студент должен

обратить внимание:

- на правильность оформления листка временной нетрудоспособности,
- частные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности в педиатрической практике;

овладеть навыками:

- оформления основной медицинской документации по экспертизе временной нетрудоспособности;
- проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

Учитывая актуальность темы, на занятии в качестве наглядных пособий используются подлинные (или учебные) документы с которыми приходится работать педиатру при экспертизе временной нетрудоспособности (история развития ребенка, листок временной нетрудоспособности и т.д.). Занятие посвящается изучению порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности в практике врача-педиатра.

Для достижения указанных целей планируется использовать для проведения занятия тестовый контроль с помощью вопросов исходного и конечного уровня, разбор конкретных случаев, связанных с экспертизой временной нетрудоспособности, широко применять наглядный обучающий материал, активную самостоятельную работу студентов.

Модуль 2. ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Мотивация модуля:

Комплексная оценка состояния здоровья позволяет провести более полное обследование ребёнка для выяснения и устранения причин, приводящих к изменениям в его развитии.

Для сохранения здоровья и гармоничного развития ребёнка участковый врач должен знать основные критерии, характеризующие состояние здоровья, показатели нервно-психического развития детей в зависимости от возраста, уметь правильно оценить физическое и нервно-психическое развитие ребёнка и группу здоровья.

Студент должен знать:

- Факторы риска, неблагоприятно воздействующие на рост и развитие ребенка.
- Методы оценки физического развития ребёнка.
- Динамику нарастания массы тела и роста детей 1-го года жизни.
- Способы ориентировочного расчета массы тела и роста детей старше 1 года.
- Показатели развития детей первых 3-х лет жизни.
- Группы здоровья.
- Критерии, характеризующие и обуславливающие состояние здоровья детей различных возрастов.
- Особенности оценки физического развития детей различных возрастов.
- Количественно-качественную оценку нервно-психического развития детей до 6-летнего возраста.
- Методы оценки функционального состояния организма и резистентности.
- Группы здоровья с учетом комплексной оценки состояния здоровья и возраста ребёнка.

Студент должен уметь:

- Оценивать факторы, определяющие здоровье (генеалогические, биологические и социально-средовые).
- Оценивать уровень физического развития ребенка.
- Оценивать уровень НПП ребенка.
- Оценивать уровень резистентности.
- Оценивать уровень функционального состояния.

Студент должен овладеть практическими навыками:

- На основании проведения комплексной оценки состояния здоровья и возраста ребёнка оценить группу здоровья.

Вопросы для самоподготовки:

- История учения о здоровье.
- Современные теории формирования здоровья.
- Факторы, определяющие уровень здоровья.
- Оценка физического развития детей различных возрастов.
- Количественно-качественная оценка нервно-психического развития детей до 6-летнего возраста с определением групп развития.
- Критерии, характеризующие состояние здоровья детей. Комплексная оценка состояния здоровья.
- Распределение детей по группам здоровья.

5-6. Практическое занятие. Оценка факторов, определяющих здоровье.

Представление о факторах, определяющих здоровье. Биологические, генеалогические и социально-средовые факторы и их роль в формировании здоровья ребенка в различные периоды онтогенеза. Способы оценки факторов, определяющих здоровье при комплексной диагностики его уровня.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (сбор генеалогического анамнеза с составлением генеалогической карты и родословного дерева. Расчет индекса генеалогической отягощенности. Оценка биологического и социально - средового анамнеза).

Цель занятия - для управления формированием здоровья и гармоничного развития ребёнка участковый врач должен знать основные факторы, определяющие здоровье ребенка, возможности нивелирования или ослабления неблагоприятных факторов и усиления позитивного влияния благоприятных факторов, формирующих индивидуальный уровень здоровья.

В ходе занятия студент должен

знать:

- Факторы риска, неблагоприятно воздействующие на рост и развитие ребенка.
- Современную классификацию факторов, определяющих здоровье (по Ю.Е.Вельтищеву).
- Генеалогические факторы риска и способы их оценки.
- Биологические факторы риска и способы их оценки.
- Социально-средовые факторы риска и способы их оценки.

понимать:

- Роль генеалогических факторов риска, обуславливающие состояние здоровья детей различных возрастов.
- Роль биологических факторов риска, обуславливающие состояние здоровья детей различных возрастов.
- Роль социально-средовых факторов риска, обуславливающие состояние здоровья детей различных возрастов.
- Возможность влияния на управляемые факторы риска с целью оптимизации уровня здоровья ребенка.

уметь:

- Проводить оценку генеалогических факторов риска.
- Составлять родословную ребенка.
- Рассчитывать индекс генеалогической отягощенности.
- Проводить оценку биологических факторов риска.
- Проводить оценку социально-средовых факторов риска.

7-8.Практическое занятие. Оценка физического развития детей

Анатомо-физиологические особенности роста и развития детей. Рост и развитие в возрастном аспекте, этапы роста и развития. Критические периоды онтогенеза. Акселерация и ретардация. Телосложение и конституция. Методы оценки физического развития детей. Алгоритм оценки физического развития детей. Отклонения в физическом развитии детей и группы диспансерного наблюдения. Стадии и гормональная регуляция полового созревания. Методы оценки полового развития. Соматоскопия, соматометрия, оценка физической работоспособности.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля, в кабинете здорового ребенка - по индивидуальному графику). Оценка уровня физического развития детей. Проведение антропометрии.

Цель занятия - для управления формированием здоровья и контроля гармоничного развития ребёнка участковый врач должен уметь правильно оценить уровень физического развития ребенка.

В ходе занятия студент должен

знать:

- Методы и способы оценки уровня физического развития детей различного возраста
- Динамику нарастания массы тела и роста детей 1-го года жизни.
- Способы ориентировочного расчета массы тела и роста детей старше 1 года.
- Показатели развития детей первых 3-х лет жизни.

понимать:

- Роль физического развития, как критерия, характеризующего уровень индивидуального здоровья ребенка.
- Особенности оценки физического развития детей различных возрастов.
- Основные закономерности роста и развития детей.
- Основные причины нарушения физического развития детей различных возрастов.

уметь:

- Проводить оценку уровня физического развития детей.
- Применять метод антропометрии для оценки уровня физического развития детей.
- Применять метод центильных таблиц для оценки уровня физического развития детей.
- Применять параметрические методы для ориентировочной оценки уровня физического развития детей.

9-10.Практическое занятие. Оценка нервно-психического развития детей 1-4 года жизни. Оценка нервно-психического развития детей младшего возраста с использованием ведущих линий развития. Алгоритм оценки НПР детей. Отклонения в нервно-психическом развитии детей и группы диспансерного наблюдения.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля, в кабинете здорового ребенка - по индивидуальному графику). Оценка уровня НПР детей.

Цель занятия - для управления формированием здоровья и контроля гармоничного развития ребёнка участковый врач должен уметь правильно оценить уровень нервно-психического развития ребенка.

В ходе занятия студент должен

знать:

- Методы и способы оценки уровня НПР детей различного возраста
- Эпикризные сроки, для оценки НПР детей различного возраста.
- Ведущие линии развития. для оценки НПР детей различного возраста.
- Группы НПР детей первых 3-х лет жизни
- Показатели НПР детей первых 3-х лет жизни.

понимать:

- Роль НПР, как критерия, характеризующего уровень индивидуального здоровья ребенка.
- Взаимосвязь уровня здоровья и уровня НПР
- Основные закономерности НПР ребенка (по Щелованову).
- Основные причины нарушения НПР у современных детей.

уметь:

- Проводить оценку уровня НПР детей первых 3-х лет жизни.
- Определять группу НПР первых 3-х лет жизни.
- Проводить коррекционные мероприятия при нарушениях НПР ребенка.

11-12.Практическое занятие. Оценка функционального состояния и резистентности. Хронические заболевания и пороки развития, как критерии, характеризующие здоровье. Оценка поведения ребенка. Оценка резистентности детей по данным карты индивидуального развития (ф 112/у). Оценка функционального состояния и влияние данных критериев на уровень здоровья.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля, в кабинете здорового ребенка - по индивидуальному графику).

Цель занятия - для управления формированием здоровья и контроля гармоничного развития ребёнка участковый врач должен уметь правильно оценить уровень резистентности, функционального состояния и наличие хронического заболевания или порока развития.

В ходе занятия студент должен

знать:

- Методы и способы оценки уровня резистентности детей различного возраста.
- Методы и способы оценки уровня функционального состояния детей различного возраста.
- Методы и способы выявления хронических заболеваний или пороков развития детей различного возраста.
- Показатели ЧСС детей различного возраста.
- Показатели ЧДД детей различного возраста.
- Показатели АД детей различного возраста.
- Показатели гемоглобина у детей различного возраста.
- Показатели поведенческих реакций у детей различного возраста.

понимать:

- Роль резистентности, как критерия, характеризующего уровень индивидуального здоровья ребенка.
- Роль функционального состояния, как критерия, характеризующего уровень индивидуального здоровья ребенка.
- Роль хронических заболеваний и пороков развития, как критерия, характеризующего уровень индивидуального здоровья ребенка.
- Основные причины снижения резистентности и показателей функционального состояния у современных детей.
- Проблему «часто болеющих детей».

уметь:

- Проводить оценку уровня резистентности детей до года.
- Проводить оценку уровня резистентности детей старше года.
- Проводить оценку уровня функционального состояния детей.
- Проводить оценку уровня компенсированности хронических заболеваний или пороков развития.

13-14.Практическое занятие. Суммарная оценка критериев здоровья. Группы здоровья.

Самостоятельная работа. Практическое занятие по диагностике уровня здоровья ребенка с использованием карты индивидуального развития (ф 112/у), на приеме здорового ребенка. Составление индивидуального меню детям с различными заболеваниями. Составление индивидуального режима дня детям разных групп здоровья.

Цель занятия - комплексная оценка состояния здоровья позволяет провести более полное обследование ребёнка для выяснения и устранения причин, приводящих к изменениям в его развитии. Для сохранения здоровья и гармоничного развития ребёнка участковый врач должен уметь правильно оценить уровень здоровья и выставить группу здоровья.

Студент должен:

знать:

- Факторы определяющие уровень здоровья
- Критерии характеризующие уровень здоровья
- Группы здоровья.

понимать:

- Основные теории формирования здоровья детей
- Методику отбора детей в группы здоровья с учетом комплексной оценки состояния здоровья и возраста ребёнка.

уметь:

- На основании проведения комплексной оценки состояния здоровья и возраста ребёнка оценить группу здоровья.

Модуль 3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

Мотивация модуля:

Диспансеризация детей является одним из основных разделов профилактической работы участкового педиатра. Своевременное выделение групп риска у детей позволяют проводить целенаправленное диспансерное наблюдение за ними, что способствует профилактике формирования отклонений в развитии и состоянии здоровья ребёнка. Большинство заболеваний начинается в детском возрасте. Отсутствие своевременной диагностики, правильного лечения, диспансеризации и дальнейшей реабилитации у детей может привести к развитию хронического процесса и инвалидности ребёнка.

Студент должен знать:

- Тактику диспансерного наблюдения за здоровыми детьми различных возрастных групп;
- Физиологические особенности детей различных возрастных групп.
- Принципы рационального питания детей различных возрастных групп, пищевой режим.
- Предрасполагающие факторы формирования врожденных аномалий сердечно-сосудистой, бронхолегочной и мочевыделительной системы, обменных нарушений.
- Методы лечения наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Объемы оказания медицинской помощи детям с различными заболеваниями (Приказ №151).
- Санитарно-гигиенические требования к устройству и содержанию ДДУ и школы.
- Основные разделы работы врача и старшей медсестры в ДУ.
- Задачи детского дошкольно-школьного отделения в деле охраны здоровья школьников.
- Содержание работы медицинского персонала в школе.
- Методы реабилитации школьников с хроническими заболеваниями и реконвалесцентов после острых заболеваний.
- Значение преемственности в работе всех лечебно-профилактических учреждений.
- Возрастные особенности (биологические закономерности) детей раннего, дошкольного и школьного возраста.
- Адаптационные механизмы, периоды и степени тяжести адаптации, прогноз.
- Мероприятия по общей и специальной подготовке детей к поступлению в ДДУ и школу.

- Возрастные режимы дня учебно-воспитательной работы с детьми ясельного, садового и школьного возраста, особенности питания детей, методы физического воспитания, принципы и основные средства закаливания детей.
- Определение функциональной готовности к поступлению в школу, оценка школьной зрелости.
- Особенности питания школьников (требования к меню, потребность в пищевых ингредиентах, основы лечебного питания, санитарно-гигиенические требования к пищеблоку, технологии приготовления пищи, сроки хранения продуктов, подсчет калорийности).
- Гигиенические требования к режиму учебного процесса в школе и группах продленного дня, трудовому обучению, физическому воспитанию (оценка физкультурного занятия). Сроки допуска к физкультуре и труду после перенесенного заболевания.
- Аспекты профессиональной ориентации и принципы врачебно-профессиональной консультации.
- Методы лечебно-профилактических оздоровительных мероприятий.
- Значение массажа и гимнастики для физического развития и профилактики различных заболеваний у детей.
- Методы физического воспитания и реабилитации.
- Основы лечебного питания.
- Характеристики типов и вариантов часто и длительно болеющих детей.
- Расчёт показателей заболеваемости, диспансеризации.

Студент должен уметь:

- Проводить антенатальную охрану плода: дородовые патронажи.
- Составлять план диспансеризации здоровых новорожденных детей в условиях поликлиники.
- Составлять план диспансеризации и реабилитации детей с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Определять показания к госпитализации с целью обследования и лечения детей с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Определять показания для оформления инвалидности у детей с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Оценивать соблюдение санитарно-гигиенических требований к устройству и содержанию ДУ.
- Организовать физиологический режим дня и учебно-воспитательной работы в зависимости от возраста детей в ДУ.
- Организовать контроль за физическим воспитанием и закаливанием детей в ДУ.
- Оценить показатели эффективности работы дошкольного учреждения (по уровню состояния здоровья детей, их заболеваемости, посещаемости).

Студент должен овладеть практическими навыками:

- Давать рекомендации для родителей новорожденного (вскармливание, режим дня, сроки наблюдения педиатра и узких специалистов);
- Выписывать рецепты на молочную кухню, бесплатное питание, на медикаменты;
- Оформлять возрастные эпикризы с назначением рекомендаций;
- Проводить осмотр новорожденного ребёнка по органам и системам.
- Давать индивидуальные рекомендации по режиму дня, вскармливанию, уходу за новорожденными детьми.
- Проводить дородовый патронаж, выделив женщин групп риска.
- Проводить патронаж к новорожденному, оценить состояние здоровья и группу здоровья, назначить лечебно-профилактические мероприятия.

- Давать рекомендации по диспансерному наблюдению за здоровыми новорожденными и из групп риска.
- Проводить осмотр детей различных возрастных групп по органам и системам.
- Давать индивидуальные рекомендации по режиму дня, питанию, уходу за детьми различных возрастных групп.
- Давать рекомендации по диспансерному наблюдению за здоровыми детьми различных возрастных групп.
- Собирать анамнез, выявив предрасполагающие факторы в формировании наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Проводить обследование больного с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Постановки диагноза согласно классификации.
- Назначать лечение.
- Составлять индивидуальный план диспансерного наблюдения и реабилитации.
- Оформлять необходимую документацию.
- Оформлять инвалидность на ребёнка.
- Заполнять необходимую документацию при направлении больного на санаторно-курортное лечение.

Вопросы для самоподготовки:

- Наблюдение за беременными женщинами в детской поликлинике. Сроки и задачи дородового патронажа.
- Диспансеризация новорожденных детей в поликлинике. Врачебные и сестринские патронажи. Сроки и задачи.
- Группы риска новорожденных. Дифференцированное наблюдение за ними на педиатрическом участке.
- Особенности ухода за новорожденными.
- Вскармливание новорожденных, пищевой режим.
- Лечение и профилактика гипогалактии.
- Пограничные состояния, встречающиеся у новорожденных после выписки из роддома (конъюгационная желтуха, половой криз, максимальная убыль первоначальной массы тела, токсическая эритема).
- Тактика диспансерного наблюдения за здоровыми детьми различных возрастных групп;
- Принципы рационального питания детей различных возрастных групп, пищевой режим.
- Предрасполагающие факторы формирования врожденных аномалий сердечно-сосудистой, бронхолегочной и мочевыделительной системы, обменных нарушений.
- Объемы оказания медицинской помощи детям с различными заболеваниями (Приказ №151).
- Санитарно-гигиенические требования к устройству и содержанию ДДУ и школы.
- Возрастные особенности (биологические закономерности) детей раннего, дошкольного и школьного возраста.
- Адаптационные механизмы, периоды и степени тяжести адаптации, прогноз.
- Мероприятия по общей и специальной подготовке детей к поступлению в ДДУ и школу.
- Возрастные режимы дня учебно-воспитательной работы с детьми ясельного, садового и школьного возраста, особенности питания детей, методы физического воспитания, принципы и основные средства закаливания детей.

- Определение функциональной готовности к поступлению в школу, оценка школьной зрелости.
- Гигиенические требования к режиму учебного процесса в школе и группах продленного дня, трудовому обучению, физическому воспитанию (оценка физкультурного занятия). Сроки допуска к физкультуре и труду после перенесенного заболевания.
- Аспекты профессиональной ориентации и принципы врачебно-профессиональной консультации.
- Методы лечебно-профилактических оздоровительных мероприятий.
- Значение массажа и гимнастики для физического развития и профилактики различных заболеваний у детей.
- Методы физического воспитания и реабилитации.
- Основы лечебного питания.
- Характеристику типов и вариантов часто и длительно болеющих детей.
- Расчёт показателей заболеваемости, диспансеризации.
- Тактика ведения ЧДБ в условиях поликлиники.
- Сроки обязательных осмотров узкими специалистами, лабораторных исследований у детей 1, 2, 3-го года жизни, дошкольников.
- Оздоровительные мероприятия у ЧДБ в условиях поликлиники.
- Бесплатное питание детей раннего возраста.
- Организация и работа кабинета здорового ребенка
- Закаливание детей раннего возраста. Принципы, методы.

15-16. Практическое занятие. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным в условиях поликлиники. Организация работы кабинета здорового ребенка детской поликлиники. Антенатальная профилактика, патронаж, определение здоровья и групп направленного риска.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля - по индивидуальному графику). Выполнение патронажа к новорожденным детям, беременным женщинам. Провести самостоятельно I патронаж к новорожденному ребёнку. Оформить запись в ф. 112. Выписать рецепты на молочную кухню, в магазин на различные виды питания. Уметь оформить необходимую документацию на ребёнка при направлении на консультацию к узким специалистам, в стационар и консультативный центр, в кабинеты: функциональной диагностики, физиотерапевтический, УЗИ, рентгенологический, ЭКГ, биохимическую лабораторию.

Цель занятия:

Аntenатальная охрана плода и диспансеризация новорожденных детей являются одним из основных разделов профилактической работы участкового педиатра. Своевременное выделение групп риска у новорожденных детей позволяет проводить целенаправленное диспансерное наблюдение за ними, что способствует профилактике формирования отклонений в развитии и состоянии здоровья ребёнка.

Студент должен:

знать:

- Тактику диспансерного наблюдения за новорожденными детьми различных групп здоровья;
- Патронаж беременной, новорожденного;
- Группы риска новорожденных;
- Оценку НПР и ФР;
- Комплексную оценку состояния здоровья новорожденных.

- Физиологические особенности новорожденных детей.
- Вскармливание новорожденных детей, пищевой режим.
- Основные правила ухода за новорожденными.
- Пограничные состояния периода новорожденности: диагностика, клиника, лечение.

понимать:

- Антенатальную охрану плода: дородовые патронажи. Сроки, цели, задачи, оформление.
- Диспансеризацию здоровых новорожденных детей в условиях поликлиники.
- Врачебные и сестринские патронажи: цель, задачи, сроки, оформление.
- Диспансеризацию детей из группы риска. Дифференцированное наблюдение и оздоровление в условиях поликлиники.
- Тактику ведения на участке новорожденных с пограничными состояниями.

уметь:

- дать рекомендации для родителей новорожденного (вскармливание, режим дня, сроки наблюдения педиатра и узких специалистов);
- выписать рецепты на молочную кухню бесплатное питание, на медикаменты;
- оформлять возрастные эпикризы с назначением рекомендаций;
- интерпретировать лабораторные показатели (анализ крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови) и функциональные исследования (АД, PS, ЧДД, ЭКГ, ФКГ, рентгенограммы).
- Провести осмотр новорожденного ребёнка по органам и системам.
- Дать индивидуальные рекомендации по режиму дня, вскармливанию, уходу за новорожденными детьми.
- Провести дородовой патронаж, выделив женщин групп риска.
- Провести патронаж к новорожденному, оценить состояние здоровья и группу здоровья, назначить лечебно-профилактические мероприятия.
- Дать рекомендации по диспансерному наблюдению за здоровыми новорожденными и из групп риска.

17-18.Практическое занятие. Диспансерный метод в работе педиатра. Диспансерное наблюдение здоровых детей от рождения до 18 лет. Анализ эффективности диспансеризации.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля - по индивидуальному графику). Оценка эффективности диспансеризации по индивидуальным картам развития ребенка.

Цель занятия:

Диспансеризация детей является одним из основных разделов профилактической работы участкового педиатра. Своевременное выделение групп риска у детей позволяют проводить целенаправленное диспансерное наблюдение за ними, что способствует профилактике формирования отклонений в развитии и состоянии здоровья ребёнка.

Студент должен:

знать:

- Тактику диспансерного наблюдения за здоровыми детьми различных возрастных групп;
- Группы риска.
- Комплексную оценку состояния здоровья детей.
- Физиологические особенности детей различных возрастных групп.

- Принципы рационального питания детей различных возрастных групп, пищевой режим.

понимать:

- Диспансеризацию здоровых детей в условиях поликлиники.
- Врачебные и сестринские патронажи: цель, задачи, сроки, оформление.
- Диспансеризацию детей из группы риска. Дифференцированное наблюдение и оздоровление в условиях поликлиники.
- Тактику ведения на участке детей из групп риска.

уметь:

- дать рекомендации для родителей детей различных возрастных групп (питание, режим дня, сроки наблюдения педиатра и узких специалистов);
- выписать рецепты на бесплатное питание, на медикаменты;
- оформлять возрастные эпикризы с назначением рекомендаций;
- интерпретировать лабораторные показатели (общий анализ крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови) и функциональные исследования (АД, PS, ЧДД, ЭКГ, ФКГ, рентгенограммы).
- Провести осмотр детей различных возрастных групп по органам и системам.
- Дать индивидуальные рекомендации по режиму дня, питанию, уходу за детьми различных возрастных групп.
- Дать рекомендации по диспансерному наблюдению за здоровыми детьми различных возрастных групп.

19-20. Практическое занятие. Принципы диспансеризации детей с хроническими заболеваниями.

Самостоятельная работа. Составление индивидуального графика диспансеризации детям, перенесшим пневмонию, бронхиты, пиелонефрит, гломерулонефрит, гастродуоденит, ДЖВП, ЖДА, заболевания соединительной ткани, заболевания ССС, заболевания нервной и эндокринной системы.

Цель занятия:

Изучить вопросы диспансерного наблюдения за детьми различных возрастных групп при наиболее распространенных заболеваниях детского возраста. Большинство заболеваний начинается в детском возрасте. Отсутствие своевременной диагностики, правильного лечения, диспансеризации и дальнейшей реабилитации у детей может привести к развитию хронического процесса и инвалидности ребёнка.

Студент должен:

знать:

- Предрасполагающие факторы формирования врожденных аномалий сердечно-сосудистой, бронхолегочной и мочевыделительной системы, обменных нарушений.
- Этиологию и патогенез наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Классификацию и основные клинические симптомы наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Лабораторную и инструментальную диагностику данных заболеваний.
- Дифференциальную диагностику наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Методы лечения наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Объемы оказания медицинской помощи детям с различными заболеваниями (Приказ №151).

понимать:

- Особенности диспансеризации и реабилитации детей с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Догоспитальная диагностика наиболее распространенных заболеваний детского возраста. Тактика участкового врача при установлении диагноза.
- Показания к госпитализации с целью обследования и лечения детей с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Показания для оформления инвалидности у детей с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.

уметь:

- Собрать анамнез, выявив предрасполагающие факторы в формировании наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
- Провести обследование больного с наиболее распространенными заболеваниями детского возраста.
- Составить план дополнительных исследований.
- Интерпретировать данные клинического, лабораторного и инструментальных методов обследования.
- Поставить диагноз согласно классификации.
- Назначить лечение.
- Составить индивидуальный план диспансерного наблюдения и реабилитации.
- Уметь оформить необходимую документацию.
- Оформить инвалидность на ребёнка.
- Уметь заполнить необходимую документацию при направлении больного на санаторно-курортное лечение.

21-22.Практическое занятие. Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения (ОМПДПОУ). Медицинская документация. Подготовка детей к поступлению в ДДУ и школу. Роль ДШО в воспитании здоровых детей. Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в дошкольное учреждение и в период адаптации в ДДУ. Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в школу и в период адаптации в школе.

Самостоятельная работа. Работа студентов на рабочем месте врача дошкольно-школьной сети. Ведение мед. документации врача ДШО. Оформление мед. документации при подготовке ребенка к поступлению в ДДУ. Оформление мед. документации при подготовке ребенка к поступлению в школу.

Цель занятия:

На базе образовательного учреждения (детского комбината ясли/сад, ср.школы) изучить особенности медицинского обслуживания детей, воспитывающихся в данном учреждении.

Студент должен:

знать:

- Штатные нормативы медицинского персонала:
 - а) в дошкольно-школьном отделении (ДШО) поликлиники,
 - б) в дошкольном учреждении (ДУ) с учётом его типа и количества детей ясельного и садового возраста.
 - в) в школьном учреждении с учётом его типа и количества детей
- Функциональные обязанности:
 - а) заведующей и старшей медсестры ДШО,
 - б) врача и старшей медсестры в ДУ.
 - б) врача и старшей медсестры в школе.
- Правила составления графика работы медицинских работников в ДУ и школе.

- Санитарно-гигиенические требования к устройству и содержанию ДДУ и школы.
- Значение преемственности в работе всех лечебно-профилактических учреждений.
- Возрастные особенности (биологические закономерности) детей раннего, дошкольного и школьного возраста.
- Адаптационные механизмы, периоды и степени тяжести адаптации, прогноз.
- Мероприятия по общей и специальной подготовке детей к поступлению в ДДУ и школу.
- Возрастные режимы дня учебно-воспитательной работы с детьми ясельного, садового и школьного возраста, особенности питания детей, методы физического воспитания, принципы и основные средства закаливания детей.
- Определение функциональной готовности к поступлению в школу, оценка школьной зрелости.
- Особенности питания школьников (требования к меню, потребность в пищевых ингредиентах, основы лечебного питания, санитарно-гигиенические требования к пищеблоку, технологии приготовления пищи, сроки хранения продуктов, подсчет калорийности).
- Гигиенические требования к режиму учебного процесса в школе и группах продленного дня, трудовому обучению, физическому воспитанию (оценка физкультурного занятия). Сроки допуска к физкультуре и труду после перенесенного заболевания.
- Аспекты профессиональной ориентации и принципы врачебно-профессиональной консультации.

понимать:

- Санитарно-гигиенические требования к устройству и содержанию ДУ.
- Основные разделы работы врача и старшей медсестры в ДУ.
- Организацию режима дня учебно-воспитательной работы в зависимости от возраста, особенности питания детей в ДУ.
- Вопросы организации и контроля за физическим воспитанием, закаливанием.
- Показатели эффективности работы дошкольного учреждения (по уровню состояния здоровья детей, их заболеваемости, посещаемости).
- Задачи детского дошкольно-школьного отделения в деле охраны здоровья школьников.
- Содержание работы медицинского персонала в школе.
- Методы реабилитации школьников с хроническими заболеваниями и реконвалесцентов после острых заболеваний.
- Санитарно-гигиенические требования к условиям пребывания детей в группах продленного дня и обучающихся с 6-летнего возраста.
- Вопросы организации прививочной работы.

уметь:

- Составить график работы медицинского персонала в ДУ и школе.
- Проводить осмотр вновь поступивших в учреждение с назначением комплекса медико-педагогических мероприятий, направленных на благоприятное течение периода адаптации, установить прогноз тяжести адаптации.
- Осуществлять в установленные сроки плановые профилактические осмотры детей и перед прививками.
- Оценить физическое развитие, нервно-психическое, функциональное состояние органов и систем. Определить группу здоровья, оформить этапный эпикриз.
- С учётом комплексной оценки состояния здоровья дать рекомендации по режиму, питанию, физкультурной группе, закаливанию, проф.прививкам.
- Составлять возрастное меню, проводить расчёт питания и контроль за техникой приготовления пищи.

- Проводить медико-педагогический контроль урока физкультуры.
- Определить функциональную готовность к поступлению в школу, оценить школьную зрелость.
- Составить режим дня школьника в учебное и внеучебное время.
- Осуществить контроль расписания, академического урока, уроков физкультуры и труда, сделать медицинское заключение.
- Провести углубленный профосмотр здоровых школьников с оценкой остроты зрения, физического и полового развития, группы здоровья, указанием физкультурной группы и номера парты.
- Составить план профилактических прививок. Определить контингент школьников, нуждающихся по состоянию здоровья в индивидуальном трудовом обучении и обучении на дому, освобождении от уроков физкультуры и назначении медицинской физкультурной группы.
- Провести контроль питания (оценка меню, технология приготовления блюд, диетическое питание, витаминизация).
- Разработать мероприятия для профилактики травматизма. Оказать медицинскую помощь при неотложных состояниях.
- Проводить профессиональную ориентацию и врачебную консультацию школьников с учётом углублённого осмотра.
- Оказывать медико-социальную и организовывать психолого-педагогическую помощь детям и подросткам.
- Освещать вопросы полового воспитания и планирования семьи.
- Проводить разъяснение вреда алкоголя и наркотических веществ, профилактику СПИДа.

23-24. Практическое занятие. Реабилитация детей, общие принципы организации и частные вопросы. Реабилитация детей при болезнях органов дыхания, ССС, анемии, болезнях почек и суставов, при желудочно-кишечных заболеваниях. Организация летнего отдыха детей. Работа врача летнего оздоровительного лагеря. Стационарзамещающие технологии в современной педиатрии. Организация санаторно-курортной помощи детям.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля - по индивидуальному графику). Оформление мед.документации при направлении ребенка в санаторий и летний оздоровительный лагерь.

Цель занятия:

Изучить вопросы первичной, вторичной и третичной профилактики и реабилитации детей с различной патологией в условиях первичного звена.

Студент должен:

знать:

- Методы лечебно-профилактических оздоровительных мероприятий.
- Значение массажа и гимнастики для физического развития и профилактики различных заболеваний у детей.
- Методы физического воспитания и реабилитации.
- Основы лечебного питания.
- Характеристики типов и вариантов часто и длительно болеющих детей.
- Расчёт показателей заболеваемости, диспансеризации.

понимать:

- Характеристики первичной, вторичной и третичной профилактики.
- Адаптационные механизмы, периоды и степени адаптации.
- Реабилитационные мероприятия в группах риска, реконвалесцентов и детей с хроническими заболеваниями.

- Санаторно-курортное лечение: порядок медицинского отбора и направления больных детей на лечение. Документация.
- Общие противопоказания для оформления в санаторий.
- Этапное долечивание детей в местных санаториях, пионерских лагерях санаторного типа.

уметь:

- Составить план оздоровительных мероприятий на год.
- Назначить комплекс медико-педагогических мероприятий вновь поступившему ребёнку на период адаптации. Оформить лист адаптации.
- Составить индивидуальный план лечебно-оздоровительных мероприятий в зависимости от характера отклонений в состоянии здоровья.
- Выделить контингент детей, подлежащих включению в санаторную группу.
- Разработать план лечебно-оздоровительной работы и щадящего режима для детей санаторной группы.
- Провести анализ эффективности оздоровления детей.
- Оценить показатели работы ДУ по данным годового отчёта.
- Оформить ребенка в санаторий профильного типа и летний оздоровительный лагерь.

Модуль 4.ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

Мотивация модуля:

Инфекционная патология у детей занимает ведущее место на ее долю приходится более 90% всей заболеваемости детей до 18 лет. В последние годы при многих заболеваниях лечение все чаще и чаще проводится на дому. Острота взаимодействия между микро- и макроорганизмом, развертывающаяся в течение относительно короткого промежутка времени, скорость проявления и нарастания патологических изменений требует от педиатра соответствующей быстроты терапевтических мероприятий, правильное проведение которых в ряде случаев может сыграть решающую роль еще до установления точного диагноза. Поэтому подготовка врача-педиатра по раннему выявлению инфекционных больных, их лечению, проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в условиях первичного звена здравоохранения будет способствовать снижению заболеваемости и младенческой смертности. Не подменяя полностью эпидемиолога, инфекциониста, педиатр обязан иметь те знания клиники и основ эпидемиологии, без которых его нахождение у постели больного будет бесполезным. Последнее обстоятельство диктует необходимость совершенствования подготовки студентов педиатрического факультета по образовательному модулю “противоэпидемическая работа”.

Цель преподавания учебного модуля: подготовить врачей-педиатров для организации и проведения профилактической, лечебной и противоэпидемической работы в условиях первичного звена здравоохранения.

Студент должен знать:

- структуру и принцип профилактической работы поликлиники по борьбе с инфекционными заболеваниями на участке (вакцинопрофилактика);
- особенности течения инфекционных болезней в современных условиях и противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний;
- задачи проведения вакцинации в условиях первичного звена здравоохранения.

Студент должен уметь:

- проводить санитарно-гигиенические мероприятия по снижению инфекционной заболеваемости в условиях первичного звена;

- проводить диспансеризацию детей, перенесших инфекционные заболевания;
- проводить раннюю и дифференциальную диагностику и лечение в поликлинических условиях инфекционных больных, оценивать показания к госпитализации.
- проводить анализ инфекционной заболеваемости, профилактических и противоэпидемических мероприятий на педиатрическом участке;

Студент должен овладеть практическими навыками:

- сбора эпиданамнеза;
- обоснования диагноза инфекционного заболевания в условиях первичного звена;
- составления плана профилактических мероприятий в очаге;
- составления индивидуального календаря прививок;
- организации проведения дезинфекционных мероприятий;
- проведения экспертной оценки прививок на врачебном участке;
- оформления медицинской документации на инфекционного больного.

Вопросы для самоподготовки:

- Что такое иммунопрофилактика?
- Какие препараты используются для выработки активного иммунитета?
- Виды вакцин.
- Что такое анатоксин?
- Что такое вакцинный процесс?
- Факторы, влияющие на выработку и длительность поствакцинального иммунитета.
- Какие требования предъявляются к прививочному кабинету?
- Правила хранения препаратов, используемых для активной и пассивной иммунизации.
- Обязанности медсестры прививочного кабинета.
- Документация для регистрации профилактических прививок.
- Сроки и правила вакцинации против туберкулеза.
- Сроки и правила вакцинации против полиомиелита.
- Сроки и правила вакцинации против кори.
- Сроки и правила вакцинации против дифтерии.
- Сроки и правила вакцинации против коклюша.
- Сроки и правила вакцинации против столбняка.
- Сроки и правила вакцинации против паротитной инфекции.
- Показания и противопоказания к проведению профилактических прививок.
- В чем заключается подготовка детей к прививкам?
- Планирование прививок.
- Какие реакции на прививку вы знаете?
- Назовите причины возникновения поствакцинальных реакций и осложнений.
- Принципы терапии поствакцинальных осложнений.
- Профилактика поствакцинальных реакций и осложнений.
- Принципы работы бокса-фильтра.
- Каков порядок приема детей в поликлинике?
- В чем состоит санитарно-эпидемиологический режим поликлиники?
- Что должен делать врач при заносе инфекции в поликлинику?
- Обязанности участкового врача и медицинской сестры по предупреждению распространения инфекционных заболеваний.
- Назовите документацию для регистрации инфекционных заболеваний.
- Показания к госпитализации инфекционных больных.
- Обязанности участкового врача при лечении больного на дому.

- В чем состоят особенности оформления истории развития ребенка, больного инфекционным заболеванием?
- Особенности проведения прививок детям из 3 “группы риска”.
- Особенности проведения прививок детям из 1 “группы риска”.
- Особенности проведения прививок детям из 2 “группы риска”.
- Особенности проведения прививок детям из 4 “группы риска”.
- Что такое щадящие методы иммунизации?
- Что такое эпидпроцесс?
- Что такое карантин?
- Сроки карантина при ветряной оспе и эпидпаротите.
- Сроки карантина при менингококковой инфекции.
- Сроки карантина при кори.
- Сроки карантина при скарлатине и дифтерии.
- Сроки карантина при коклюше.
- Сроки карантина при ОКИ и вирусном гепатите.
- Мероприятия среди контактных при ветряной оспе.
- Мероприятия среди контактных при кори.
- Мероприятия среди контактных при скарлатине.
- Мероприятия среди контактных при дифтерии.
- Мероприятия среди контактных при эпидпаротите.
- Мероприятия среди контактных при менингококковой инфекции.
- Мероприятия среди контактных при ОКИ и вирусном гепатите.
- Что такое факторы передачи инфекции?
- Что такое дезинфекция?
- Виды и способы дезинфекции.
- Назовите основные дезинфекционные средства.
- Какие требования предъявляются к дезинфицирующим средствам?
- Что такое основной раствор?
- Что такое рабочий раствор?
- Каковы обязанности участкового педиатра и медицинской сестры, родителей при проведении дезинфекции?
- Каковы особенности проведения дезинфекционных мероприятий в очаге капельных инфекций?
- Каковы особенности проведения дезинфекционных мероприятий в очагах кишечных инфекций?
- Назовите основные мероприятия, направленные на предотвращение заноса инфекционных заболеваний в ДДУ, школу.
- Требования, предъявляемые к персоналу при приеме на работу в ДДУ, школу.
- Основные противоэпидемические мероприятия в ДДУ, Доме ребенка, школе.
- Обязанности врача и среднего медицинского персонала в ДДУ, школе.
- В чем заключается контроль медперсонала за состоянием здоровья работающих в ДДУ, школе?
- Каковы показания к лабораторному обследованию персонала ДДУ, школы, дома ребенка?
- Назовите контингент детей, подлежащих диспансерному наблюдению после перенесенных инфекционных заболеваний.
- Порядок взятия на учет, сроки осмотров, лабораторный контроль, длительность и показания для снятия с учета детей, перенесших ОКИ.

- Порядок взятия на учет, сроки осмотров, лабораторный контроль, длительность наблюдения, показания для снятия с учета детей, перенесших хроническую дизентерию.
- Порядок взятия на учет, сроки осмотров, лабораторный контроль, длительность наблюдения, показания для снятия с учета детей, перенесших вирусный гепатит А, В, С, D, Е.
- Порядок взятия на учет, сроки осмотров, лабораторный контроль, длительность наблюдения, показания для снятия с учета детей, перенесших тифо-паратифозную инфекцию.
- Сроки медотвода от прививок после перенесенного вирусного гепатита.
- Сроки медотвода от прививок после перенесенных ОКИ.
- В каких показателях проводится расчет инфекционной заболеваемости детей?
- В каких показателях проводится расчет младенческой смертности и в том числе от инфекционных болезней?
- Что такое структура младенческой смертности?
- В каких показателях проводится расчет выполнения плана профилактических прививок?
- В каких показателях проводится расчет временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком?
- инкубационный период и сроки карантина при эпидпаротите, дифтерии, коклюше. Мероприятия среди контактных.
- Инкубационный период и сроки карантина при ветряной оспе.
- Инкубационный период и сроки карантина при кори и скарлатине.
- Инкубационный период и сроки карантина при вирусном гепатите и ОКИ.
- Инкубационный период и сроки карантина при менингококковой инфекции и полиомиелите. Мероприятия среди контактных.
- Дифференциальная диагностика кишечных инфекций на участке. Показания к госпитализации.
- Дифференциальная диагностика и принципы лечения ОРВИ на участке. Показания к госпитализации.
- Показания к госпитализации инфекционных больных и способы их транспортировки.
- Дифференциальная диагностика дифтерии.
- Дифференциальная диагностика эпидпаротита на участке. Показания к госпитализации.
- Дифференциальная диагностика коклюша на участке. Показания к госпитализации.
- Дифференциальная диагностика кори на участке. Показания к госпитализации.
- Дифференциальная диагностика скарлатины на участке. Показания к госпитализации.
- Дифференциальная диагностика менингококковой инфекции на участке. Показания к госпитализации.
- Принципы лечения больных паротитом, ветряной оспой, скарлатиной, коклюшем на участке.
- Диспансеризация детей, перенесших ОКИ и хроническую дизентерию.
- Основная медицинская документация в поликлинике.
- Обязанности участкового врача и медсестры по предупреждению распространения инфекционных заболеваний.
- Противоэпидемические мероприятия в очагах капельных инфекций.
- Противоэпидемические мероприятия в очагах кишечных инфекций.
- Дезинфекция, ее виды и способы. Дезсредства. Дезинфекция при малых капельных инфекциях, кишечных инфекциях и вирусном гепатите.

- Экстренная активная и пассивная иммунизация при кори и эпидпаротите (показания и сроки).
- Экстренная активная и пассивная иммунизация при дифтерии и полиомиелите (показания и сроки).
- Прививки детям из первой “группы риска” (с поражением ЦНС).
- Прививки детям из второй “группы риска” (аллергические заболевания).
- Прививки детям из третьей “группы риска” (ЧБД).
- Прививки детям из четвертой “группы риска” (ранее давших реакцию на прививку).
- Профилактика поствакцинальных осложнений.
- Дифференциальная диагностика, тактика ведения, и принципы лечения COVID-19 на участке. Показания к госпитализации. Современные методы профилактики (специфическая и неспецифическая). Вакцинопрофилактика COVID-19.

25-27.Практическое занятие. Специфическая и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний в условиях первичного звена. Прививочный календарь. Организация работы прививочного кабинета. Проведение противоэпидемических мероприятий.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля, прививочный кабинет - по индивидуальному графику). Документация прививочного кабинета, движение карт в прививочной картотеке.

Цель занятия:

Изучить тактику и методы профилактики инфекционных заболеваний в условиях первичного звена и методы противоэпидемической работы.

Студент должен:

знать:

- Основные звенья эпидемического процесса.
- Инкубационный период, сроки карантина при различных инфекционных заболеваниях.
- Виды и способы дезинфекции.
- Дезинфицирующие средства, их хранение, приготовление рабочих растворов.
- Меры, направленные на повышение невосприимчивости ребенка к инфекции - экстренная активная и пассивная иммунизация.
- Механизм развития и проявления эпидемического процесса при кишечных, воздушно-капельных инфекциях, вирусных гепатитах.
- Индивидуальный календарь прививок.
- Санитарно-просветительная работа и ее значение в борьбе с инфекционными заболеваниями.
- Технология приготовления пищи, мытья посуды, сроки реализации продуктов и готовой пищи в детских учреждениях.
- Сроки прохождения персоналом детских учреждений медицинских профилактических осмотров.
- Функциональные обязанности зав.поликлиникой, зав.дошкольно-школьным отделением, участкового педиатра, врача ДДУ и школы по профилактике инфекционных заболеваний в условиях педиатрического участка и детских учреждений.
- Сроки выписки и правила допуска детей, перенесших инфекционное заболевание, контактировавших с ним, в ДДУ, школы.
- Меры по осуществлению карантина при инфекционных заболеваниях в условиях ДДУ и школы.

понимать:

- Планировку поликлиники и ее значение в предупреждении заноса и внутренних заражений инфекционными заболеваниями.

- Планировку детских дошкольных учреждений и школ по предупреждению заноса и внутренних заражений инфекционными заболеваниями.
- Бокс-фильтр, принцип работы по предупреждению заноса в поликлинику инфекций.
- Порядок приема детей в поликлинике (режим работы врачей, профилактические дни).
- Порядок приема детей в детские дошкольные учреждения.
- Санитарно-противоэпидемический режим в ДДУ и школах.
- Санитарно-противоэпидемический режим детской поликлиники.
- Особенности работы педиатра по организации обслуживания детей, больных инфекционными заболеваниями, на дому.
- Организацию противоэпидемических мероприятий при выявлении детей с инфекционными заболеваниями в ДДУ и школе.
- Особенности профилактики каждой нозологической формы детской инфекции.
- Организацию противоэпидемических мероприятий в очаге кишечных, воздушно-капельных инфекций, вирусных гепатитов.

уметь:

- Обосновать диагноз инфекционного заболевания на основании клинических и эпидемиологических данных.
- Провести забор материала при кишечных, воздушно-капельных инфекциях и вирусных гепатитах.
- Организовать стационар на дому (лабораторные исследования, лечебно-охранительный режим, санитарно-эпидемиологический режим, лечебное питание) в случае лечения инфекционных заболеваний на дому.
- Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе.
- Выписать рецепты.
- Наметить план профилактических мероприятий в очаге кишечных, воздушно-капельных инфекций, вирусных гепатитов.
- Провести текущую и заключительную дезинфекцию в очаге кишечных, воздушно-капельных инфекций, вирусных гепатитов.
- Составить индивидуальный план профилактических прививок.
- Оформить историю развития ребенка (ф.112/у) с особенностями заполнения ее на инфекционного больного.
- Заполнить экстренное извещение (ф.158/у), журнал регистрации инфекционных заболеваний (ф.160/у).
- Оформить направление для стационарного лечения, в бактериологическую лабораторию.

28-30.Практическое занятие. Диагностика, лечение и профилактика воздушно-капельных инфекций на педиатрическом участке. Ветряная оспа, корь, краснуха, скарлатина, эпид.паротит, менингококковая инфекция. дифтерия, коклюш – клиника, диагностика, лечение и диспансерное наблюдение в условиях амбулаторного звена.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля - по индивидуальному графику).

Цель занятия:

Изучить тактику ведения больных с воздушно-капельными инфекциями (дифтерия, коклюш, эпидемический паротит, корь, краснуха, ветряная оспа, скарлатина, менингококковая инфекция) в условиях первичного звена здравоохранения.

Студент должен:

знать:

- Общую характеристику болезни, ее квалификационное положение, место в общей структуре инфекционных заболеваний.
- Этиологию, свойства возбудителя, имеющие эпидемиологическое значение.
- Механизм развития и проявления эпидемического процесса.
- Классификацию, клинические симптомы, особенности клинических проявлений в возрастном аспекте.
- Исходы, последствия болезни, возможные осложнения.
- Основные и вспомогательные методы лабораторного исследования, их диагностическую ценность.
- Лечение больных с данными инфекциями.
- Организацию и основные противоэпидемические мероприятия в очаге в детских коллективах.

понимать:

- Основы ранней диагностики дифтерии, коклюша, эпидемического паротита, и других инфекций в условиях поликлиники: клинико-эпидемиологической и лабораторной.
- Организацию стационара на дому.
- Показания к госпитализации.
- Правила забора материала для лабораторного исследования в условиях поликлиники.
- Методы обследования в условиях поликлиники.
- Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.
- Лечение в домашних условиях.
- Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- Правила выписки и допуска в детские учреждения после перенесенных инфекций.
- Сроки диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими инфекционные заболевания.
- Профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, проводимые в период диспансерного наблюдения.

уметь:

- Собрать анамнез инфекционного больного и эпидемиологический анамнез.
- Обосновать диагноз на основании клинических и эпидемиологических данных.
- Провести забор материала на дифтерийную, коклюшную палочку, вирусологические исследования.
- Назначить лечение больному на дому.
- Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе.
- Выписать рецепты.
- Назначить лечебное питание.
- Наметить план профилактических мероприятий в очаге.
- Провести текущую и заключительную дезинфекцию в очаге.
- Организовать стационар на дому.
- Составить план диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими инфекционные заболевания.
- Оформить историю развития ребенка (ф. 112/у) с особенностями заполнения ее на инфекционного больного.
- Заполнить экстренное извещение (ф. /у), журнал регистрации инфекционных заболеваний (ф. 060).
- Оформить направление для стационарного лечения, в бактериологическую лабораторию.

31-33.Семинарское занятие. Лечение и профилактика острых респираторно - вирусных инфекций у детей. Лечение и профилактика острых бронхитов и пневмоний у детей. Лечение и профилактика острого отита, тонзиллита и ангины у детей.

Дифференциальная диагностика, тактика ведения, и принципы лечения COVID-19 на участке. Показания к госпитализации. Современные методы профилактики (специфическая и неспецифическая). Вакцинопрофилактика COVID-19.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля - по индивидуальному графику).

Цель занятия:

Изучить тактику ведения больных с острыми вирусными инфекциями дыхательных путей (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, риновирусная инфекция, COVID-19) в условиях первичного звена здравоохранения.

Студент должен:

знать:

- Общую характеристику болезни, ее место в общей структуре инфекционных заболеваний.
- Этиологию, свойства возбудителя, имеющие эпидемиологическое значение.
- Механизм развития и проявления эпидемического процесса.
- Классификацию, клинические симптомы, особенности клинических проявлений в возрастном аспекте.
- Исходы, последствия болезни, возможные осложнения.
- Основные и вспомогательные методы лабораторного исследования, их диагностическую ценность.
- Лечение больных с данными инфекциями.
- Организацию и основные противоэпидемические мероприятия в очаге в детских коллективах.
- Дифференциальная диагностика, тактика ведения, и принципы лечения COVID-19 на участке. Показания к госпитализации.
- Современные методы вакцинопрофилактики COVID-19.

понимать:

- Основы ранней диагностики ОРВИ: клинико-эпидемиологической и лабораторной.
- Организацию стационара на дому.
- Показания к госпитализации.
- Правила забора материала для лабораторного исследования в условиях поликлиники.
- Методы обследования в условиях поликлиники.
- Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.
- Профилактика и лечение ОРВИ в домашних условиях.
- Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- Правила выписки и допуска в детские учреждения после перенесенных инфекций.
- Сроки диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими ОРВИ.
- Профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, проводимые в период реконвалесценции.
- Современные методы профилактики (специфическая и неспецифическая) COVID-19.

уметь:

- Собрать анамнез инфекционного больного и эпидемиологический анамнез.
- Обосновать диагноз на основании клинических и эпидемиологических данных.
- Назначить лечение больному на дому.

- Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе.
- Выписать рецепты.
- Назначить лечебное питание.
- Наметить план профилактических мероприятий в очаге.
- Провести текущую и заключительную дезинфекцию в очаге.
- Организовать стационар на дому.
- Оформить направление для стационарного лечения, в бактериологическую лабораторию.

Модуль 5. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мотивация модуля:

В детском возрасте, особенно на первом году жизни, многие заболевания - грипп, пневмония, вирусные и кишечные инфекции, сопровождающиеся интоксикацией, рано приводят к нарушению обменных процессов в организме ребенка, угрожающих жизни и требующих оказания срочной медицинской помощи - проведения интенсивной терапии. Задача врача в данной ситуации - быстро ориентироваться в выборе необходимых средств лечения с учетом клинических проявлений заболевания. В таких случаях проводимая терапия нередко опережает диагностику основного заболевания, так как специфические симптомы могут проявляться не сразу. Тактика врача в таких случаях заключается в выявлении нарушенных функций организма: остро возникающей дыхательной, сердечно-сосудистой, печеночной или надпочечниковой недостаточности, нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного состояния и принятия срочных мер к их устранению. Участковый педиатр, как правило, первым сталкивается с остро заболевшим ребенком и обязан на дому оказать неотложную помощь в полном объеме.

Цель преподавания учебного модуля: подготовка студентов по основным вопросам оказания неотложной помощи в педиатрии на догоспитальном этапе (в детских поликлиниках, летних оздоровительных лагерях, санаториях, приемных покоях стационаров, бригадами скорой помощи).

Студент должен знать:

- Стандарты качества оказания неотложной помощи детям на догоспитальном этапе при различных состояниях (бронхиальная астма, судорожный синдром, гипертермический синдром, стеноз гортани).
- Синдромы, требующие неотложной помощи в педиатрии на догоспитальном этапе;
- Дифференциальную диагностику ком, аллергических состояний, острого живота;
- Тактику ведения больных с синдромами: гипертермическим, судорожным, токсикоза, дыхательной недостаточности, острой сердечно-сосудистой недостаточности, требующими неотложной помощи на догоспитальном этапе;
- Оказание неотложной помощи детям на догоспитальном этапе при отравлениях.
- Лекарственные отравления у детей.
- Терминальные состояния.
- Тактику ведения детей при несчастных случаях и болях в животе на ДЭ.
- Особенности неотложной постсиндромной терапии у детей на ДЭ.
- Тактику ведения больных с синдромами и заболеваниями, требующими оказания неотложной помощи на ДЭ и медицинского обслуживания.

Студент должен уметь:

- Организовать проведение интенсивной терапии на этапах медицинского обслуживания детей в поликлиниках и организованных детских коллективах.
- Оценивать синдромы, требующие оказания неотложной помощи в педиатрии, их клинические проявления.
- Оценивать патологические состояния в педиатрии, требующие оказания неотложной помощи.
- Проводить раннюю диагностику нарушений функций ЦНС у детей в условиях ДЭ.
- Оказывать неотложную помощь детям с синдромом острой дыхательной недостаточности на ДЭ.
- Оказывать неотложную помощь детям с синдромом острой недостаточности кровообращения на ДЭ.

Студент должен овладеть практическими навыками и манипуляциями для оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе:

- Постановкой клинического диагноза, назначением лечения в соответствии с состоянием ребенка, требующим неотложной помощи на догоспитальном этапе;
- Оказанием первой врачебной помощи при травмах, ожогах, отравлениях, укусах насекомых и ядовитых змей.
- Зондирования желудка;
- Снятия и расшифровки ЭКГ;
- Внутривенных и внутримышечных инъекций;
- Транспортной иммобилизации;
- Восстановлением сердечной деятельности (закрытый массаж сердца);
- Сублингвальным введением лекарственных средств;
- Определением глюкозы в крови с помощью глюкометра;
- Методами ИВЛ,
- Венепункцией,
- Техникой промывания желудка, кишечника.
- Обработкой раневых, ожоговых и отмороженных участков кожи.
- Десмургией.

Вопросы для самоподготовки:

Тактика участкового педиатра при стенозе гортани у детей. Показания для госпитализации. Лечебные мероприятия на до-госпитальном этапе.

Выбор тактического решения при обструктивном синдроме. Показания для госпитализации. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе.

Травматический шок. Неотложная помощь на догоспитальном этапе, выбор тактического решения.

Инфекционно-токсический шок. Тактика участкового педиатра. Оказание неотложных мероприятий на догоспитальном этапе.

Анафилактический шок. Оказание неотложной помощи в поликлинике.

Черепно-мозговая травма. Выбор тактического решения на догоспитальном этапе. Оказание неотложной помощи.

Выбор тактического решения на догоспитальном этапе при коматозных состояниях у детей.

Судорожный синдром. Тактика участкового педиатра при судорожных состояниях у детей.

Отравления у детей. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе. Показания для госпитализации. Антидотная терапия.

Отморожения. Ожоги. Тактика ведения детей с отморожениями и ожогами в условиях поликлиники и скорой помощи.

Выбор тактического решения при болях в животе у детей. Показания для госпитализации.

34-36. Практическое занятие. Основные методы неотложной терапии на догоспитальном этапе. Объем неотложной помощи, организационные аспекты. Показания к госпитализации.

Самостоятельная работа. Работа студентов на участке (активные и первичные вызовы на дом, работа на приеме участкового врача и специалистов узкого профиля - по индивидуальному графику). Работа на фантоме (комплексирование с кафедрой военной и экстремальной медицины).

Цель занятия:

Студент должен усвоить принципы обследования и выбора лечебно-тактических мероприятий при угрожающих состояниях у детей на догоспитальном этапе.

Студент должен:

знать:

- Виды угрожающих состояний у детей,
- Клинику угрожающих состояний у детей,
- Оказание помощи при угрожающих состояниях у детей.

понимать:

- Особенности физикального обследования детей при угрожающих состояниях на догоспитальном этапе.
- Принципы выбора тактического решения при угрожающих жизни состояниях у детей на догоспитальном этапе.
- Особенности оказания медицинской помощи детям при угрожающих состояниях на ДЭ.
- Принципы выбора тактики транспортировки больных.

уметь:

- Владеть методами восстановления сердечной деятельности.
- Владеть методами восстановления дыхания.
- Проводить первичные реанимационные мероприятия на ДЭ при различных терминальных состояниях (клиническая смерть, остановка дыхания, сердечно-сосудистая недостаточность, шок различной этиологии, комы).

37-39. Практическое занятие. Диагностика, первичная врачебная помощь, тактика педиатра при угрожающих состояниях. Травмы и несчастные случаи у детей. Показания к госпитализации. Диагностика, первичная врачебная помощь, тактика педиатра при гипертермии и судорогах у детей. Показания к госпитализации. Диагностика, первичная врачебная помощь, тактика педиатра при синдроме крупа и стеноза гортани у детей. Показания к госпитализации. Диагностика, первичная врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой дыхательной и острой сердечно-сосудистой недостаточности у детей. Диагностика, первичная врачебная помощь, тактика педиатра при генерализованных аллергических синдромах и коматозных состояниях.

Цель занятия: врач должен знать особенности неотложных состояний у детей различного возраста, уметь оказать помощь на месте происшествия, принять оптимальное тактическое решение.

Студент должен:

знать:

- Виды острой дыхательной недостаточности.
- Клинику острой дыхательной недостаточности.
- Методы оказания помощи при острой дыхательной недостаточности.
- Заболевания, протекающие с синдромом острой дыхательной недостаточности.

- Степени нарушения сознания.
- Последовательность осмотра ребенка с нарушением функций ЦНС.
- Классификацию, клинику черепно-мозговой травмы.
- Судорожный синдром, классификация, клиника, оказание неотложной помощи.
- Гипертермический синдром, клиника, оказание неотложной помощи.
- Причины коматозных состояний у детей. Клиника, диф. диагностика ком различной этиологии.
- Виды отравлений у детей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- Укусы змей и насекомых. Неотложная помощь, тактика ведения больных.
- Оказание неотложной помощи при ожогах и отморожениях у детей. Тактика ведения больных.
- Утопление, электротравма. Тактика ведения больных.
- Острый живот. Этиология, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

понимать:

- Особенности оказания медицинской помощи детям с синдромом ОДН на ДЭ.
- Тактику врача на ДЭ при заболеваниях у детей, сопровождающихся синдромом ОДН.
- Особенности оказания неотложной помощи детям на ДЭ при черепно-мозговой травме.
- Особенности клинических проявлений черепно-мозговой травмы у детей первого года жизни.
- Тактику врача на ДЭ при коматозных состояниях у детей.
- Особенности оказания неотложной помощи в амбулаторных условиях при гипертермическом синдроме и судорожном синдроме у детей. Выбор препаратов.
- Особенности транспортировки больных с политравмами.
- Тактику врача при болях в животе на ДЭ.
- Выбор тактического решения на ДЭ при утоплении, отравлениях, ожогах, отморожениях у детей.
- Тактику врача на ДЭ при укусах насекомых, змей.

уметь:

- Проводить зондирование желудка;
- Проводить снятие и расшифровка ЭКГ;
- Проводить внутривенные и внутримышечные инъекции;
- Проводить транспортную иммобилизацию;
- Проводить восстановление сердечной деятельности (закрытый массаж сердца);
- Проводить сублингвальное введение лекарственных средств;
- Проводить определение глюкозы в крови с помощью глюкометра;

владеть:

- Методами ИВЛ,
- Венепункцией.
- Техникой промывания желудка, кишечника.
- Обработкой раневых, ожоговых и отмороженных участков кожи.
- Десмургией.

40. Тестовый контроль знаний студента по дисциплине (100 вопросов в тестовой форме и практико-ориентированных заданий) - первый этап курсового экзамена.

Критерии допуска студента к первому этапу курсового экзамена:

- Выполнение программы практических занятий в полном объеме (отсутствие пропусков занятий, выполнение практической части занятия с оценкой «зачтено»).
- Освоение практических навыков и умений в полном объеме (предоставление цифрового отчета по практическим навыкам, кураторского листа, заверенного врачом-куратором, графика совместной работы с участковым врачом, заверенного врачом-куратором).
- Посещение не менее 70% лекций по данной дисциплине.
- Выполнение заданий по самостоятельной работе студента (с оценкой «зачтено»).

Критерии оценки тестового контроля

Из 100 предложенных заданий студентом даны правильные ответы:

- «зачтено» - 71% и более правильных ответов
- «не зачтено» - 70 и менее правильных ответов

Шкала оценки:

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

41-42. 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) - второй этап курсового экзамена.

Прием практических навыков и умений осуществляется в процессе прохождения студентом цикла с предоставлением на итоговом занятии цифрового отчета по практическим навыкам – листка «учета выполнения практических навыков», заверенного врачом-куратором и защитой кураторского листа.

Критерий оценки «зачтено» или «не зачтено»:

- «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 процессе защиты кураторского листа допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
- «не зачтено» - студент не знает методики выполнения обследования здорового и больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при защите кураторского листа в формулировках диагноза заболевания и назначении лечения.

2. 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 (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции				Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	клинические практические занятия	экзамен/зачет				ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Модуль 1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ												
1-2. Практическое занятие. Структура и функция детской поликлиники.	2	7		9	4	13	X			X	ЛВ МГ ДОТ	Т, ЗС
3-4. Практическое занятие. Экспертиза временной нетрудоспособности в педиатрической практике. Биоэтика в педиатрии.	2	7		9	4	13	X			X	ЛВ МГ КС УИРС, Р ДОТ	Т, Пр, ЗС Р, Д КЛ
Модуль 2. ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ												
5-6. Практическое занятие. Оценка факторов, определяющих здоровье.	2	7		9	4	13	X			X	ЛВ МГ ИА	Т, Пр, ЗС КЛ

											ДОТ Б	
7-8.Практическое занятие. Оценка физического развития детей		7		7	4	11	X			X	МГ КС Б	Т, Пр, ЗС КЛ
9-10.Практическое занятие. Оценка нервно-психического развития детей 1-4 года жизни.		7		7	4	11	X			X	МГ КС Б	Т, Пр, ЗС КЛ
11-12.Практическое занятие. Оценка функционального состояния и резистентности. Хронические заболевания и пороки развития, как критерии, характеризующие здоровье.		7		7	4	11	X			X	МГ КС	Т, Пр, ЗС КЛ
13-14.Практическое занятие. Суммарная оценка критериев здоровья. Группы здоровья.	2	7		9	4	13	X			X	ЛВ МГ КС Тр	Т, Пр, ЗС КЛ
Модуль 3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕ- ДИАТРА												
15-16.Практическое занятие. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным в условиях поликлиники		7		7	4	11	X		X	X	КС ДОТ Б Тр	Т, Пр, ЗС
17-18.Практическое занятие. Диспансерный метод в работе педиатра	2	7		9	4	13	X		X	X	ЛВ КС ДОТ Б	Т, Пр, ЗС

19-20.Практическое занятие. Принципы диспансеризации детей с хроническими заболеваниями.		7		7	4	11	X		X	X	КС	Т, Пр, ЗС
21-22.Практическое занятие. Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения (ОМПДПОУ). Медицинская документация. Подготовка детей к поступлению в ДДУ и школу.	2	7		9	4	13	X		X	X	ЛВ КС ДОТ Б	Т, Пр, ЗС
23-24.Практическое занятие. Реабилитация детей, общие принципы организации и частные вопросы		7		7	4	11	X		X	X	КС УИРС Р Б	Т, ЗС Р, Д
Модуль 4. ПРОТИВО- ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВО- ГО ВРАЧА												
25-27.Практическое занятие. Специфическая и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний в условиях первичного звена.	2	10		12	3	15	X		X	X	ЛВ ДИ КС НПК ДОТ	Т, Пр, ЗС КЛ
28-30.Практическое занятие. Диагностика, лечение и профилактика воздушно-капельных инфекций на педиатрическом участке.	2	10		12	3	15	X		X		ЛВ ДИ КС ДОТ	Т, Пр, ЗС КЛ
31-33.Практическое заня-		10		10	3	13	X	X	X	X	КС	Т, Пр, ЗС

тие. Лечение и профилактика острых респираторно-вирусных инфекций у детей											<i>УИРС Р НПК Б</i>	КЛ Р, Д
Модуль 5. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ												
34-36. Практическое занятие. Основные методы неотложной терапии на догоспитальном этапе		10		10	3	13	X	X	X		<i>МГ УИРС Р ДОТ</i>	<i>Т, Пр, ЗС Р, Д</i>
37-39. Практическое занятие. Диагностика, первичная врачебная помощь, тактика педиатра при urgentных состояниях		10		10	3	13	X	X	X		<i>МГ КС ДОТ Тр</i>	<i>Т, Пр, ЗС</i>
40. Тестовый контроль знаний студента по дисциплине (100 вопросов в тестовой форме).		2		2	3	5						Т
41-42. 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)		10		10	3	13						Пр, КЛ
Экзамен					27	27						

ИТОГО:	16	140		156	96	252						
---------------	-----------	------------	--	------------	-----------	------------	--	--	--	--	--	--

Список сокращений:

лекция-визуализация (ЛВ), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), разбор клинических случаев (КС), использование интерактивных атласов (ИА), участие в научно-практических конференциях (НПК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р), дистанционные образовательные технологии (ДОТ). проведение бесед с родителями в поликлинике, на дому (Б);

Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, Д – подготовка доклада и др.

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ (Приложение № 1)

Режим доступа ЭОС: <https://eos.tvgm.ru/local/crw/course.php?id=602>

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

Примеры заданий в тестовой форме с эталонами ответа:
Укажите один правильный ответ.

1. ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ В

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

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

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

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

Выбрать несколько правильных ответов

4. 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

5. 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

6. ПРИ ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ К НОВОРОЖДЕННОМУ ПЕДИАТР 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

Эталоны ответов:

№ задания	Ответ
1	б
2	б
3	в
4	б, в
5	а, б, в, г, д, е
6	а, б

Критерии оценки текущего тестового контроля знаний.

Из 100 предложенных заданий студентом даны правильные ответы:

- «зачтено» - 71% и более правильных ответов
- «не зачтено» - 70 и менее правильных ответов

Шкала оценки:

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

Примеры ситуационных задач с эталонами ответов:

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°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 гиперемизированной кожи. При опросе выяснилось, что 10 дней назад девочка посещала подругу, у которой болело горло.

Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы:

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 гиперемизированном 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.

Витаминотерапия.

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

В периоде реконвалесценции - общеукрепляющие средства и витаминотерапия.

ЗАДАЧА 2.

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.

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 чередуясь шагом; поднимается на высоту 15–20 см и спускается с нее; частично раздевается с небольшой помощью взрослого.

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. Все симптомы сохраняются. Усилились проявления экссудативно-катарального диатеза на лице. 64 день. Ребенок направлен на консультацию невропатолога. Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи (результаты прилагаются). По назначению невропатолога получает сонапакс, 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.

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы:

1. Оцените течение адаптации по 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?

Ответ к ситуационной задаче:

1. 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.

2. Прогноз течения и тяжести адаптации у данного ребенка можно сделать на основании выраженного неблагополучия биологического анамнеза (группа риска по биологическому анамнезу), высокой отягощенности 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.

3. Ребенок вовремя 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.

Критерии оценки при решении ситуационных задач.

«5» (отлично) – студент решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по МКБ X, делает назначения по обследованию и правильно оценивает результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.

«4» (хорошо) – студент в целом решает ситуационную задачу, но делает несущественные ошибки в тактике ведения больного и/или обосновании, и/или формулировке диагноза заболевания по МКБ X при оценке результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.

«3» (удовлетворительно) – обучающийся допускает существенные ошибки в порядке обследовании больного ребенка и/или постановке диагноза, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.

«2» (неудовлетворительно) – делает грубые ошибки при назначении клинического и лабораторно-инструментального обследования ребенка, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Не справляется с оценкой полученных результатов обследования ребенка.

Пример собеседования по теме:

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 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

Темы для УИРС (рефератов и мультимедийных презентаций):

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.

Тематика бесед с матерями и пациентами в детской поликлинике и на дому (темы в адаптированном формате для населения):

1. Здоровый образ жизни- что это?
2. Малоподвижный образ жизни и его влияние на здоровье ребенка
3. Рациональное питание: основные принципы, диета ребенка первых лет жизни, диета подростка, диета беременной и роженицы.
4. Пищевые добавки в современном питании человека.
5. Как правильно воспитывать ребенка первых лет жизни.
6. Роль курения в снижении уровня здоровья.
7. Пивная алкоголизация – современная проблема.
8. Роль физической культуры в формировании оптимального уровня здоровья в современных социально-экономических условиях.
9. Экологические проблемы здоровья человека в городских условиях
10. Режим дня и диета беременной. Лечебно-охранительный режим при беременности.
11. Преимущества грудного вскармливания. Правила кормления ребенка грудью.
12. Гипогалактия: основные причины, принципы лечения и профилактики.
13. Современные подходы и методы по уходу за новорожденным и ребенком первого года жизни.

Критерии оценки выполненного реферата, конспекта беседы:

Оценка «Отлично» - материал изложен логически правильно в доступной форме с наглядностью (презентация, фото). При написании работы были использованы современные литературные источники (более 5, в том числе монографии и периодические издания).

Оценка «Хорошо» – материал изложен недостаточно полно, при подготовке работы были использованы периодические издания старых лет выпуска и Интернет.

Оценка «Удовлетворительно» - тема раскрыта слабо, односторонне. При подготовке работы были использованы только Интернет и/или 1-2 периодические издания.

Оценка «Неудовлетворительно» - порученный реферат (беседа) не выполнен или подготовлены небрежно: тема не раскрыта. При подготовке работы использован только Интернет.

Тематика сценариев для деловых игр на занятиях:

«Организация противоэпидемических мероприятий в детском саду (ДДУ)»:

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.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:

1. Установить контакт с родителями здоровых и больных детей.
2. Собрать жалобы, собрать и проанализировать анамнез жизни и заболевания ребенка.
3. Направить детей на лабораторное и инструментальное обследование, к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.
4. Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
5. Владеть алгоритмом постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
6. Провести оценку клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям в условиях первичного звена.
7. Проведение дифференциального диагноза с другими болезнями.
8. Разработать план лечения болезней и патологических состояний ребенка.
9. Дать рекомендации по режиму, диете, назначить медикаментозную и немедикаментозную терапию ребенку.
10. Оказать медицинскую помощь детям при острых и хронических заболеваниях

11. Оценить эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей.
12. Организовывать и обеспечивать проведение медицинских осмотров детей с учетом их возраста и состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами
13. Определять группу здоровья ребенка с учетом диагноза, результатов функционального обследования, кратности перенесенных заболеваний в течение года, нервно-психического и физического развития
14. Устанавливать группу здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных учреждениях с учетом диагноза и перенесенного заболевания
15. Назначать лечебно-оздоровительные мероприятия детям с учетом возраста ребенка, группы здоровья и факторов риска в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, контролировать соблюдение оздоровительных мероприятий
16. Проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми, детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи

Критерии оценки выполнения практических навыков (зачтено/не зачтено):

«зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки (тренажере, манекене, симуляторе), анализирует результаты клинического, лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания по классификации и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (мало-существенные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

«не зачтено» - студент не знает методики выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка (в том числе на тренажере, манекене, симуляторе), делает грубые ошибки в интерпретации результатов клинического, лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания, определения плана ведения и/или назначении лечения ребенка.

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (ЭКЗАМЕН) Приложение 1.

Режим доступа: <https://eos.tvgm.ru/local/crw/course.php?id=602>

Промежуточная аттестация в виде курсового экзамена проводится в конце XI семестра, который построен по 3-х этапному принципу:

- **первый этап** - решение 100 заданий в тестовой форме и практико-ориентированных заданий;
- **второй этап** - контроль практических навыков предполагает оформление академического кураторского листа по здоровому (диспансерное наблюдение) и больному ребенку, который проводится на последнем занятии цикла;

- **третий этап** – собеседование по 1-й ситуационной задаче (5 вопросов).

(Сборник заданий в тестовой форме, практико-ориентированные задания, задачник в ЭОС вуза, режим доступа: <https://eos.tvgmu.ru/local/crw/course.php?id=602>)

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ К КОМПЕТЕНЦИИ ПК-4.

Способен организовать и провести профилактические медицинские осмотры детей разного возраста, диспансерное наблюдение здоровых и больных детей.

I. Примеры заданий в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Преимуществом работы детской поликлиники по системе «единого педиатра» является

- 1) единство в наблюдении за ребенком и подростком
- 2) больше контактов у детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- 3) своевременное направление на обследование
- 4) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка

Эталон ответа: 1

2. Проведение профилактических прививок детям, перенесшим острый пиелонефрит, возможно

- 1) через 2-3 месяца
- 2) через 1 год
- 3) через 1,5 года
- 4) через 2 года

Эталон ответа: 1

3. Постнатальная профилактика гипотрофии на участке включает следующие мероприятия

- 1) своевременная коррекция питания
- 2) своевременное введение прикорма
- 3) организация режима, соответствующего возрасту
- 4) проведение профилактических прививок

Эталон ответа: 1 2 3

4. Участковый врач-педиатр, осуществляя патронаж ребёнка первого года жизни, проводит профилактический осмотр

- 1) один раз в квартал
- 2) 2 раза в год
- 3) ежемесячно
- 4) еженедельно

Эталон ответа: 3

5. Определение костного возраста имеет значение для

- 1) оценки отклонений в росте и развитии
- 2) оценки биологического возраста
- 3) оценки полового созревания
- 4) контроля за применением стероидов

II. Пример практико-ориентированных заданий

Задание 1:

1. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком 3,5 лет, перенесшего острую пневмонию.

2. Составьте план оздоровительных мероприятий за ребенком 3,5 лет, перенесшего острую пневмонию.

Ответ

1. Осмотр 1 раз в квартал педиатр, 1 раз в квартал клинический анализ крови и общий анализ мочи.

2. Назначения: витамины, фитотерапия (отвары шиповника, ромашки, крапивы), массаж, закаливание, ЛФК + дыхательная гимнастика.

Задание 2:

1. Назовите специалистов, которые должны осмотреть ребенка трех лет перед поступлением в ДДУ.

2. Назначьте необходимые анализы.

Ответ

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

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

III. Пример ситуационных задач

Задача 1:

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.

Задания:

Оцените критерии здоровья.

1. Определите группу здоровья ребенка.

2. Проведите оценку эффективности диспансеризации.

3. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.
4. Дайте рекомендации по рациональному питанию.

Эталон ответа

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.

Задача 2:

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 токсикозом 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.

Задания:

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.

Эталон ответа

1. 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.
2. Группа здоровья 2.
3. Диспансеризация эффективна, объем и сроки назначений соблюдены.
4. Режим N5, воспитательные воздействия на 1 г 3 мес, на прием к педиатру в 1 г 3 мес.
5. Диета – общий протертый стол.

Задача 3:

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.

Задания:

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?

Эталон ответа

1. Социальный анамнез неотягощен, 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.

Задача 4:

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:

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Дайте оценку критериям, характеризующим здоровье ребенка.
3. Оцените уровень здоровья ребенка.
4. Относится ли данный ребенок в группу риска по проведению иммунопрофилактики? Перечислите группы риска по проведению иммунопрофилактики и особенности ее проведения.

5. 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. Данный ребенок относится в 3 группу риска (ЧБР). 4 группы риска по проведению иммунопрофилактики:

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.

5.Нарушены деонтологические принципы врач-родители ребенка

Задача 5:

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 лямбовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 3 х 3 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, распластанный. 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 Ng/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.

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, мезоматотип.

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.

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) - второй этап курсового экзамена.

Прием практических навыков и умений осуществляется в процессе прохождения студентом цикла с предоставлением на итоговом занятии цифрового отчета по практическим навыкам – листка «учета выполнения практических навыков», заверенного врачом-куратором и защитой кураторского листа.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:

1. Установить контакт с родителями здоровых и больных детей.
2. Собрать жалобы, собрать и проанализировать анамнез жизни и заболевания ребенка.
3. Направить детей на лабораторное и инструментальное обследование, к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.
4. Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
5. Владеть алгоритмом постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
6. Провести оценку клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям в условиях первичного звена.
7. Проведение дифференциального диагноза с другими болезнями.
8. Разработать план лечения болезней и патологических состояний ребенка.
9. Дать рекомендации по режиму, диете, назначить медикаментозную и немедикаментозную терапию ребенку.
10. Оказать медицинскую помощь детям при острых и хронических заболеваниях
11. Оценить эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей.
12. Организовывать и обеспечивать проведение медицинских осмотров детей с учетом их возраста и состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами
13. Определять группу здоровья ребенка с учетом диагноза, результатов функционального обследования, кратности перенесенных заболеваний в течение года, нервно-психического и физического развития
14. Устанавливать группу здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных учреждениях с учетом диагноза и перенесенного заболевания

15. Назначать лечебно-оздоровительные мероприятия детям с учетом возраста ребенка, группы здоровья и факторов риска в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, контролировать соблюдение оздоровительных мероприятий
16. Проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми, детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи

Пример оформления академического кураторского листа для оценки практических навыков

Образец кураторского листа для оценки практических навыков:

<u>Дата</u> • Температура тела • ЧСС • ЧДД • Масса и длина тела (для детей до 3-х лет) • АД (для детей старше 9 лет)	<u>Ф.И.О. ребенка, его возраст, адрес.</u> «На дому первично» «На дому повторно» «На дому активно» «На приеме» <u>Жалобы</u> на момент курации: <u>An.vita:</u> <u>An. morbi:</u> <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. <u>Заключение:</u> диагноз (по классификации) или уровень здоровья (по группам). <u>Подпись:</u> полностью фамилия и инициалы, номер группы.	<u>Назначения:</u> • По режиму • Питанию • Медикаментозные • Немедикаментозные • Дополнительные методы обследования (при необходимости) • Лабораторные методы (при необходимости) Дата явки в поликлинику: «Больничный лист выдан _____ (Ф.И.О.) с _____ по _____ число, месяц, год)» или «Больничный лист не нужен»
--	---	--

ОЦЕНКА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Критерии оценки заданий в тестовой форме и практико-ориентированных заданий:

Из 100 предложенных заданий студентом даны правильные ответы:

- «зачтено» - 71% и более правильных ответов
- «не зачтено» - 70 и менее правильных ответов

Шкала оценки:

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

Критерии оценки освоения практических навыков и умений.

- «зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания по МКБХ 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.

Критерии оценки по решению ситуационных задач:

- «5» (**отлично**) – студент решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по МКБ Х, делает назначения по обследованию и правильно оценивает результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.
- «4» (**хорошо**) – студент в целом решает ситуационную задачу, но делает несущественные ошибки в тактике ведения больного и/или обосновании, и/или формулировке диагноза заболевания по МКБ Х при оценке результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.
- «3» (**удовлетворительно**) – обучающийся допускает существенные ошибки в порядке обследовании больного ребенка и/или постановке диагноза, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.
- «2» (**неудовлетворительно**) – делает грубые ошибки при назначении клинического и лабораторно-инструментального обследования ребенка, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Не справляется с оценкой полученных результатов обследования ребенка.

КРИТЕРИИ ИТОГОВОЙ ОЦЕНКИ ЗА КУРСОВОЙ ЭКЗАМЕН:

- - оценка **«отлично»** ставится студенту, выполнившему 71% и более заданий в тестовой форме; самостоятельно демонстрирующему мануальные навыки у постели больного; студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;
- - оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала; который ответил на 71% и более заданий в тестовой форме; самостоятельно продемонстрировал мануальные навыки у постели больного, но допустил неточности и самостоятельно их исправил
- - оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении; который ответил на 71% и более заданий в тестовой форме; в целом, владеющему мануальными навыками.
- - оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; который не справился с заданиями в тестовой форме и не продемонстрировал владение мануальными навыками и допустил грубейшие ошибки при их выполнении.

Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации должен быть разработан в компетентностном формате и создается для каждой формируемой компетенции в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а). Основная литература:

1. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: учебное пособие / под ред. В. А. Доскина. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2015. – 504 с. – Текст: непосредственный.

2. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия / под ред. Т. Г. Авдеевой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 744 с. - ISBN 978-5-9704-7647-5, DOI: 10.33029/9704-7647-5-APP-2023-1-744. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476475..html> --Текст: электронный

3. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-7976-6, DOI: 10.33029/9704-5791-7-PNP-2020-1-864. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970479766.html> - Текст: электронный

б). Дополнительная литература

1. Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html> - Текст: электронный

2. Муртазин, А. И. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - 2-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-6326-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463260.html> - Текст: электронный

3. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-6555-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465554.html> - Текст: электронный

4. Григорьев, К. И. Детские болезни. Т. 1.: учебник: в 2 т. /К. И. Григорьев, Л. А. Харитонов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-7365-8, DOI: 10.33029/9704-7365-8-GDB1-2023-1-768. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473658.html> - Текст: электронный

5. Григорьев, К. И. Детские болезни в 2 т. Том 2.: учебник / К. И. Григорьев, Л. А. Харитонов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-7366-5. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473665.html> - Текст: электронный

6. Геппе, Н. А. Детские болезни: учебник / Геппе Н. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 760 с. - ISBN 978-5-9704-4470-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL:

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444702.html> - Текст: электронный

7. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями: учебник / Запруднов А. М., Григорьев К. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5132-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451328.html> - Текст: электронный

8. Поликлиническая и неотложная педиатрия / - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/BOT-1013V2.html> - Текст: электронный

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1.Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс]: учебное-методическое пособие / Ю. А. Алексеева [и др.] – Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2024. — 274 с.
Режим доступа: <https://eos.tvgmu.ru/local/crw/course.php?id=602>

2.Электронные версии медицинских журналов:

- «Педиатрия»: www.pediatricjournal.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/>

3.Руководства по различным медицинским специальностям:

- Medlinks.ru (книги и руководства):www.medlinks.ru/sections/php
- 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>

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
- Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
- Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)
- Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
- Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>
- Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>
- Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru>).

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:

- Access 2016;
- Excel 2016;
- Outlook 2016;
- PowerPoint 2016;
- Word 2016;
- Publisher 2016;
- OneNote 2016.

2. ABBYY FineReader 11.0

3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС

- 4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Рукоконтекст»

8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Представлены:

- в Приложение № 4
- на странице кафедры «Поликлиническая педиатрия и неонатология». Режим доступа: <https://eos.tvgmu.ru/local/crw/course.php?id=602>.

V. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (Приложение 2)

VI. НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

Научно-исследовательская работа студентов представлена изучением специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки с оформлением реферативного обзора и представлении его в учебных группах; проведением научных исследований: осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научно-технической информации по теме (заданию) с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и других городах России; публикацией в сборниках студенческих работ; кафедральных изданиях 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 4**).

VII. СВЕДЕНИЯ ОБ ОБНОВЛЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ (представлены в Приложении 3)

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины 31.05.02 Педиатрия

Режим доступа: <https://eos.tvgm.ru/local/crw/course.php?id=602>

Промежуточная аттестация в виде курсового экзамена проводится в конце XI семестра, который построен по 3-х этапному принципу:

- **первый этап** - решение 100 заданий в тестовой форме и практико-ориентированных заданий;
- **второй этап** - контроль практических навыков предполагает оформление академического кураторского листа по здоровому (диспансерное наблюдение) и больному ребенку, который проводится на последнем занятии цикла;
- **третий этап** – собеседование по 1-й ситуационной задаче (5 вопросов).

(Сборник заданий в тестовой форме, практико-ориентированные задания, задачник в ЭОС вуза, режим доступа: <https://eos.tvgm.ru/local/crw/course.php?id=602>)

I.Задания в тестовой форме, практико-ориентированные задания

Распределение заданий по компетенциям

Шифр компетенции	№ заданий в тестовой форме	№ практико-ориентированных заданий
ПК - 1	1 - 17	1 - 6
ПК - 2	1 - 17	1 - 5
ПК - 3	1 - 31	1 - 7
ПК - 4	1 - 50	1 - 10

ПК-4.

Способен организовать и провести профилактические медицинские осмотры детей разного возраста, диспансерное наблюдение здоровых и больных детей.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Преимуществом работы детской поликлиники по системе «единого педиатра» является

- 5) единство в наблюдении за ребенком и подростком
- 6) больше контактов у детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- 7) своевременное направление на обследование
- 8) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка

Эталон ответа: 1

2. Проведение профилактических прививок детям, перенесшим острый пиелонефрит, возможно

- 5) через 2-3 месяца
- 6) через 1 год
- 7) через 1,5 года
- 8) через 2 года

Эталон ответа: 1

3. Постнатальная профилактика гипотрофии на участке включает следующие мероприятия

- 5) своевременная коррекция питания
- 6) своевременное введение прикорма
- 7) организация режима, соответствующего возрасту
- 8) проведение профилактических прививок

Эталон ответа: 1 2 3

4. Участковый врач-педиатр, осуществляя патронаж ребёнка первого года жизни, проводит профилактический осмотр

- 5) один раз в квартал
- 6) 2 раза в год
- 7) ежемесячно
- 8) еженедельно

Эталон ответа: 3

5. Определение костного возраста имеет значение для

- 5) оценки отклонений в росте и развитии
- 6) оценки биологического возраста
- 7) оценки полового созревания
- 8) контроля за применением стероидов

Эталон ответа: 1 2 4

6. Профилактические прививки против гепатита детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, проводятся

- 1) по схеме 0-1-6 мес
- 2) прививки противопоказаны
- 3) по схеме 0-1-2-12 мес
- 4) по схеме 0-1-12

Эталон ответа: 3

7. Профилактическая направленность при первом патронаже к новорожденному ребенку заключается в

- 1) оценке биологического, генеалогического и социального анамнеза
- 2) оценке физического и нервно-психического развития и групп «риска»
- 3) оценке соматического состояния ребенка и определении группы здоровья

4) составлении плана наблюдения и рекомендаций

Эталон ответа: 1 2 3 4

8. Назовите эпикризные сроки для диспансерного осмотра здоровых детей 2-го года жизни

- 1) ежеквартально
- 2) ежемесячно
- 3) один раз в полугодие
- 4) один раз в год

Эталон ответа: 1

9. При комплексной оценке состояния здоровья ребёнка врач-педиатр учитывает

- 1) наличие хронической патологии
- 2) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития
- 3) резистентность и реактивность организма
- 4) генеалогический анамнез ребёнка

Эталон ответа: 1 2 3 4

10. При первом патронаже к новорожденному педиатр из обменной карты родильного дома (Ф-113у) получает сведения о проведении следующих профилактических прививок

- 1) против туберкулеза
- 2) против гепатита В
- 3) против полиомиелита
- 4) против коклюша

Эталон ответа: 1 2

11. Здоровому ребёнку в возрасте 12 месяцев проводятся следующие профилактические прививки

- 1) вакцинация против туберкулеза
- 2) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
- 3) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
- 4) вакцинация против гепатита С

Эталон ответа: 3

12. В структуре детской поликлиники выделяют

- 1) педиатрическое отделение
- 2) соматическое отделение
- 3) дошкольно-школьное отделение
- 4) отделение восстановительного лечения

Эталон ответа: 1 3 4

13. Детям с риском возникновения гнойно-воспалительных заболеваний и внутриутробных инфекций диспансерное наблюдение включает

- 1) педиатр - 5 патронажей на 1-м месяце
- 2) медицинская сестра - до 14 дня ежедневно, затем 2 раза в неделю
- 3) клинический анализ крови - в 1, 2, 6, 12 месяцев
- 4) длительность наблюдения - до 1 года с наблюдением на дому до 3 месяцев

Эталон ответа: 1 2 3 4

14. Какой из ниже перечисленных факторов не позволяет отнести новорожденного ребёнка ко второй группе риска по Сотниковой

- 1) хронический гастрит у матери
- 2) сахарный диабет у матери
- 3) генитальная патология
- 4) патология родов /длительный безводный период/

Эталон ответа: 2

15. Назовите сроки составления плана проведения профилактических прививок в поликлинике

- 1) на 1 месяц
- 2) на 6 месяцев
- 3) на 1 год
- 4) на 3 мес

Эталон ответа: 1 3

16. Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно

- 1) до 3 лет
- 2) до 7 лет
- 3) до 14 лет
- 4) до 18 лет

Эталон ответа: 4

17. Первый дородовый патронаж беременной женщины осуществляется

- 1) врачом-педиатром
- 2) патронажной медсестрой
- 3) акушеркой
- 4) гинекологом

Эталон ответа: 3

18. Врачебные наблюдения за недоношенным ребенком проводятся в период с 1 года до 4 лет

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в 6 месяцев
- 3) 1 раз в год
- 4) ежемесячно

Эталон ответа: 1

19. Частота осмотров педиатром при диспансеризации детей из группы «риска» по развитию острой пневмонии составляет

- 1) на 1-м году жизни – ежемесячно
- 2) на 2-м году жизни - 1 раз в 2 мес
- 3) на 3-м году жизни - 1 раз в квартал
- 4) во всех возрастных группах - 1 раз в квартал

Эталон ответа: 1 2 3

20. На третьем году жизни педиатр наблюдает здорового ребенка

- 1) 2 раза в год
- 2) 3 раза в год
- 3) 4 раза в год
- 4) ежемесячно

Эталон ответа: 1

21. При первом посещении новорожденного в поликлинике проводится

- 1) оценка группы здоровья
- 2) рекомендации по вскармливанию и уходу
- 3) запись первого эпикриза в форме 112/у
- 4) консультация окулиста, невропатолога, хирурга-ортопеда

Эталон ответа: 1 2 3 4

22.Какова частота осмотра педиатром доношенного ребенка первого года жизни

- 1) ежемесячно
- 2) 2 раза в месяц
- 3) 1 раз в 2 месяца
- 4) 1 раз в 3 месяца

Эталон ответа: 1

23.Группа здоровья, к которой можно отнести ребенка, перенесшего в течение года 2 ОРВИ и 2 бронхита

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

Эталон ответа: 2

24.Перепись детского населения в поликлинике проводится

- 1) 2 раза в год
- 2) 1 раз в год
- 3) ежемесячно
- 4) ежеквартально

Эталон ответа: 1

25.Дородовый сестринский патронаж беременных женщин в детской поликлинике включает

- 1) 1 посещение перед родами
- 2) 2 посещения
- 3) не проводится
- 4) 3 посещения

Эталон ответа: 2

26.Первый клинический анализ крови здоровому ребенку проводится в

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год

Эталон ответа: 1

27.Профилактические прививки против кори, краснухи, паротита детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, проводятся

- 1) по приказу МЗ РФ «О календаре профилактических прививок»
- 2) после снятия диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка
- 3) профилактические прививки не проводятся
- 4) по решению КЭК

Эталон ответа: 2

28. Детям, перенесшим гнойно-воспалительные заболевания, профилактические прививки

- 1) показаны
- 2) противопоказаны
- 3) по решению КЭК
- 4) профилактические прививки не проводятся

Эталон ответа: 1

29. При наблюдении за новорождённым из группы риска по поражению ЦНС необходимо контролировать

- 1) повышенную потливость
- 2) сухость кожных покровов
- 3) учащенный стул
- 4) состояние черепных швов, родничков и изменение размеров и формы черепа

в динамике

Эталон ответа: 4

30. Назовите основной принцип размещения ф.63 в картотеке

- 1) по принципу привитости
- 2) по принципу возраста
- 3) по месту жительства
- 4) по территориальному принципу (участковости)

Эталон ответа: 1

31. Что является противопоказанием к иммунизации у ребенка

- 1) сильная реакция или осложнения введения предыдущей дозы вакцины
- 2) увеличение тени тимуса
- 3) перинатальная энцефалопатия
- 4) частые ОРВИ в анамнезе

Эталон ответа: 1

32. К мероприятиям, обеспечивающим профилактику инфекционных заболеваний в ДОУ, относятся

- 1) работа фильтра
- 2) прием только здоровых детей
- 3) изоляция заболевших детей
- 4) текущая дезинфекция

Эталон ответа: 1 2 3 4

33. Ребёнок нуждается в индивидуальных занятиях на дому и освобождается от посещений школы при

- 1) хроническом нефрите и нефротическом синдроме
- 2) вторичном пиелонефрите, в активной фазе, с удвоением чашечно-лоханочной системы, без нарушения функции почек

- 3) хроническом пиелонефрите, ремиссии
- 4) не нуждается ни при одном из перечисленных состояний

Эталон ответа: 1

34. Для оформления ребёнка в ДДУ необходимы следующие обследования

- 1) анализ кала на дисбактериоз
- 2) анализ периферической крови
- 3) соскоб на энтеробиоз

4) титр противокоревых антител

Эталон ответа: 2 3

35.Когда ребёнок может быть оформлен в детский сад после перенесённого острого заболевания

- 1) не ранее чем через 1 месяц после клинического выздоровления
- 2) не ранее чем через 1 неделю после клинического выздоровления
- 3) не ранее чем через 2 недели после клинического выздоровления
- 4) не ранее чем через 2 месяца после клинического выздоровления

Эталон ответа: 2

36.Выберите, в какие сроки происходит нормализация поведенческих реакций при лёгкой степени течения адаптации к дошкольному учреждению

- 1) 10-20 дней
- 2) 20-40 дней
- 3) 60 дней
- 4) более 60 дней

Эталон ответа: 1

37.К функциям врача-педиатра, осуществляющего проф. осмотры детей, посещающих ДООУ, относятся

- 1) проведение скрининг-тестов
- 2) осмотры с анализом скрининг-тестов и лабораторного обследования
- 3) распределение по группам здоровья
- 4) распределение по физкультурным группам

Эталон ответа: 2 3 4

38.Назовите факторы, приводящие к школьной дезадаптации

- 1) нарушения мелкой моторики кисти
- 2) нарушения формирования школьных навыков
- 3) отсутствие социальной мотивации
- 4) несформированность вербального мышления

Эталон ответа: 1 2 3 4

39.Проведение фильтра в детском саду осуществляется

- 1) врачом
- 2) медсестрой
- 3) заведующей детским садом
- 4) воспитателем группы

Эталон ответа: 2

40.Где должна находиться ф.63 на ребенка, который проживает на территории обслуживания детской поликлиники и посещает ДООУ этой территории

- 1) в картотеке ДООУ
- 2) в картотеке на неорганизованное детство
- 3) в картотеке поликлиники (территориального участка)
- 4) на руках у матери

Эталон ответа: 1 3

41.Скрининг-программу в ДООУ осуществляет

- 1) врач ДООУ
- 2) участковый врач-педиатр

3) медицинская сестра ДОУ

4) воспитатель

Эталон ответа: 3

42. Для оформления ребенка в ясли и детский сад необходимы следующие обследования

1) мазок из зева на ВЛ,

2) анализ кала на дизбактериоз

3) анализ периферической крови

4) биохимический анализ крови

Эталон ответа: 3

43. Что является обязательным при проведении проф. осмотров подростков выпускных классов

1) оценка физического развития

2) определение биологического возраста

3) оценка нервно-психического развития

4) передача сведений педагогам о состоянии здоровья

Эталон ответа: 3

44. Клиническими критериями адаптации ребенка к дошкольному учреждению являются

1) заболеваемость

2) эмоционально-поведенческие реакции

3) масса тела

4) психомоторное развитие

Эталон ответа: 1 2 3 4

45. К функциям врача-педиатра, осуществляющего проф. осмотр детей в школе, относятся

1) проведение анкетирования

2) общий осмотр

3) осмотр осанки

4) оценка лабораторных показателей

Эталон ответа: 2 3 4

46. Что является обязательным при проведении проф. осмотров детей при переходе к предметному обучению

1) оценка физического развития

2) определение биологического возраста

3) оценка нервно-психического развития

4) передача сведений на юношей в военкомат

Эталон ответа: 4

47. Мероприятиями, обеспечивающими профилактику инфекционных заболеваний в ДОУ, являются

1) работа фильтра

2) приём только здоровых детей

3) наличие изолятора

4) дезинфекция

Эталон ответа: 1 2 3 4

48. Синдром хронической усталости у подростков является следствием

- 1) разбалансировки механизмов адаптации
- 2) инфекции
- 3) дискоординации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
- 4) дезадаптации

Эталон ответа: 1 3 4

49. Выберите, в какие сроки происходит нормализация реакций при течении адаптации к ДООУ средней тяжести

- 1) 10-20 дней
- 2) 20-40 дней
- 3) 60 дней
- 4) более 60 дней

Эталон ответа: 2

50. Деятельность врача в детском саду при пищевом отравлении включают

- 1) экстренное извещение в СЭН
- 2) изоляция больных детей
- 3) забор образцов пищи, рвотных масс и фекалий
- 4) оказание неотложной помощи

Эталон ответа: 1 2 3 4

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

Задание 1:

1. Определите группу здоровья ребенка.

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.

Ответ:

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

Задание 2:

1. Дайте оценку физического развития

2. Оцените резистентность ребенка.

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.

Ответ:

1. ФР - длина - нормальная, масса - высокая, средний уровень физического развития, резко дисгармоничное, макросоматотип.

2. Низкая резистентность.

Задание 3:

1. Дайте оценку нервно-психического развития ребенка

2. Сделайте назначения по НПР. 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.

Ответ:

- 1.Группа НПР- 3, нижегармоничное. ДО 10 мес, АР 11 мес
- 2.Назначения – на следующий эпикризный срок.

Задание 4:

- 1.Оцените функциональное состояние ребенка.

Девочка 7 лет от первой, нормально протекавшей беременности, срочных благополучных родов. 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.

Ответ:

- 1.Функциональное состояние – плохое. Поведение с отклонениями (в эмоциональном и вегетативном статусе). Нарушение осанки. Кариес средней активности.

Задание 5:

- 1.Оцените НПР мальчика, возраст которого 2 г. 3 месяца.

Мальчик понимает несложный сюжет по картинке, отвечая на вопросы взрослого, понимает короткий рассказ о событиях, знакомых ребенку; обобщает предметы по существенным признакам; в активной речи 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:

- 1.Группа НПР -2, I степень задержки (Навыки – снижение на 1 э.с.; в 2 года ребенок должен частично одеваться).

Задание 6:

- 1.Перечислите документы, необходимые для оформления ребенка в санаторий.

Ответ

1.Справка для получения путевки (070/у). Санаторно-курортная карта (072/у). Выписка из истории развития ребенка. Справка об эпид.окружении. Справка от дерматолога об отсутствии кожных заболеваний.

Задание 7:

1.Перечислите необходимую медицинскую документацию, которая будет заведена в поликлинике на Евдокию Г., 13 лет, выписанную из стационара с впервые установленным диагнозом «хронический холецистит».

Ответ

1.История развития ребенка (112/у), вводный эпикриз. Контрольная карта диспансерного больного (030/у). Статистический талон (025-2/у).

Задание 8:

1.Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком 3,5 лет, перенесшего острую пневмонию.

2.Составьте план оздоровительных мероприятий за ребенком 3,5 лет, перенесшего острую пневмонию.

Ответ

1. Осмотр 1 раз в квартал педиатр, 1 раз в квартал клинический анализ крови и общий анализ мочи.

2. Назначения: витамины, фитотерапия (отвары шиповника, ромашки, крапивы), массаж, закаливание, ЛФК + дыхательная гимнастика.

Задание 9:

1. Назовите специалистов, которые должны осмотреть ребенка трех лет перед поступлением в ДДУ.

2. Назначьте необходимые анализы.

Ответ

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

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

Задание 10:

1. Назовите специалистов, которые должны осмотреть ребенка 7 лет перед поступлением в школу.

Ответ

1. 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.

ПК- 1

Способен обследовать детей с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Внезапное появление цианоза у новорожденного ребенка в горизонтальном положении и его исчезновение в вертикальном положении свидетельствует

- 1) о врожденном пороке сердца
- 2) о болезни гиалиновых мембран
- 3) о диафрагмальной грыже
- 4) об аспирационном синдроме

Эталон ответа: 3

2. Продолжительность диспансерного наблюдения в поликлинике детей с холециститом, холецистохолангитом после обострения составляет

- 1) 1 год
- 2) 2 года
- 3) 3 года
- 4) 5 лет

Эталон ответа: 4

3. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников

- 1) тугоухости
- 2) гематурии
- 3) патологии зрения
- 4) гибели от хронической почечной недостаточности в молодом возрасте

Эталон ответа: 1 2 3 4

4. Назовите сроки диспансерного наблюдения за детьми с начальными изменениями сердечно-сосудистой системы

- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) 5 лет
- 4) до передачи под наблюдение терапевта

Эталон ответа: 2

5. Инвалидность в детском возрасте - это

- 1) стойкое нарушение общей трудоспособности
- 2) стойкая социальная дезадаптация, обусловленная патологическим состоянием
- 3) длительное нарушение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием
- 4) невозможность получить профессию

Эталон ответа: 2

6. Критерием снятия с диспансерного учета детей группы риска по развитию анемии является

- 1) отсутствие снижения гемоглобина в течение 3 месяцев
- 2) отсутствие снижения гемоглобина в течение 6 месяцев
- 3) нормальный уровень гемоглобина в течение 1 года
- 4) нормальный уровень гемоглобина в течение 2 лет

Эталон ответа: 3

7. Частота осмотра в поликлинике ЛОР врачом и стоматологом детей с хроническим колитом составляет

- 1) ежеквартально
- 2) 1 раз в 6 месяцев
- 3) 1 раз в год
- 4) по показаниям

Эталон ответа: 2

8. При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим пиелонефритом обязательны следующие обследования

- 1) общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко
- 2) биохимический анализ крови
- 3) клинический анализ крови 1 раз в 3 месяца
- 4) ультразвуковое исследование почек 1 раз в 6 месяцев

Эталон ответа: 1 2 3 4

9. При диспансеризации в поликлинике детей с холециститом, холецистохолангитом обязательно следующее исследование

- 1) УЗИ печени и желчевыводящих путей
- 2) желудочное зондирование
- 3) рентгенологическое исследование печени
- 4) посев кала на кишечную группу

Эталон ответа: 1

10. Дети, перенесшие гломерулонефрит, наблюдаются

- 1) в течение года
- 2) в течение 3 лет
- 3) в течение 5 лет
- 4) до перевода во взрослую поликлинику

Эталон ответа: 3

11. Частота наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте до 3 мес., составляет

- 1) в первые 6 мес - 2 раза в месяц, затем до года жизни - 1 раз в месяц
- 2) в первые 3 месяца - 2 раза в месяц, затем до года жизни - 1 раз в месяц
- 3) в первые 6 мес - 2 раза в месяц, затем до года жизни - 1 раз в 2 месяца
- 4) в первые 3 мес - 2 раза в месяц, затем до года жизни - 1 раз в 3 месяца

Эталон ответа: 3

12. Длительность наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте старше трех лет, составляет

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) 3 месяца
- 4) 1 год

Эталон ответа: 4

13. Программа реабилитации детей, перенесших острую пневмонию, включает

- 1) ЛФК
- 2) массаж грудной клетки
- 3) физиотерапию
- 4) витаминотерапию

Эталон ответа: 1 2 3 4

14. Для ранней диагностики патологии органов мочевой системы, не проявляющейся мочевым синдромом, в условиях поликлиники используются методы селективного скрининга

- 1) оценка наследственной отягощенности по нефропатиям
- 2) измерение АД
- 3) ультразвуковая диагностика
- 4) выявление множественных малых аномалий развития (внешних стигм соединительнотканного дизэмбриогенеза)

Эталон ответа: 1 2 3 4

15. Назовите заболевания мочевыводящей системы, являющиеся показанием для оформления инвалидности у ребенка

- 1) гломерулонефрит, непрерывно рецидивирующее течение
- 2) инфекция мочевыводящей системы
- 3) дисметаболическая нефропатия
- 4) пиелонефрит с хронической почечной недостаточностью

Эталон ответа: 1 4

16. Назовите заболевания крови, при которых ребенок может быть отнесен к группе инвалидов детства

- 1) иммунная нейтропения
- 2) гемофилия
- 3) гетероиммунная гемолитическая анемия
- 4) лейкоз

Эталон ответа: 2 4

17. При подозрении на диффузное заболевание соединительной ткани в план обследования необходимо включить

- 1) эхокардиографию, ЭКГ
- 2) анализ протеинограммы
- 3) общий анализ мочи
- 4) общий анализ крови

Эталон ответа: 1 2 3 4

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ.

Задание 1:

1. Опишите действия врача 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.

Ответ

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

Задание 2

1. Проведите противоэпидемические мероприятия в ДДУ при выявлении случая ветряной оспы.

Ответ

1. Изоляция больного с момента заболевания до выздоровления (до 5-го дня после последнего подсыпания). Разобщение контактных: разобщение не болевших детей в возрасте до 7 лет с 11-го по 21-й день от момента контакта. Карантин в коллективе 21 день.

Задание 3

1. Провести противоэпидемические мероприятия в ДДУ при выявлении случая кори.

Ответ

1. 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 дня. При проведении пассивной иммунизации контактных карантин продлевается до 21 дня.

Задание 4

1. Провести противоэпидемические мероприятия в ДДУ при выявлении случая скарлатины.

Ответ

1. 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.

Задание 5:

1. Перечислите необходимые документы для оформления ребенка 3-х лет в детский сад.

2. Назначьте необходимые анализы и осмотр специалистов.

Ответ

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

2. Специалисты: невролог, ЛОР, ортопед, офтальмолог, стоматолог, логопед психолог. Анализы: кровь, моча, кал на я/г, соскоб на энтеробиоз.

Задание 6:

1. Перечислите необходимые документы для поступления ребенка в школу.

2. Назначьте необходимый осмотр специалистов.

Ответ

1. Медицинская карта 026/у-2000.

2. Педиатр, невролог, офтальмолог, ЛОР, хирург, психолог, логопед, стоматолог, дерматолог. Обязательная оценка готовности ребенка к обучению в школе по медицинским и психолого-педагогическим критериям.

ПК – 3

Способен назначить лечение детям при острых и хронических заболеваниях и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Для вторичной профилактики ревматизма используется

- 1) анальгин
- 2) бициллин-5
- 3) пенициллин
- 4) эритромицин

Эталон ответа: 2

2. Назовите меры вторичной профилактики сахарного диабета I типа у детей

- 1) предупреждение вирусных инфекций
- 2) предупреждение поздних осложнений сахарного диабета
- 3) прием витамина D
- 4) назначение витамина PP

Эталон ответа: 2 4

3. Лечебно-оздоровительные мероприятия, применяемые в условиях поликлиники для реабилитации ребенка с бронхиальной астмой средней тяжести, включают

- 1) спелеотерапия
- 2) интервальная гипокситерапия
- 3) дыхательная гимнастика
- 4) небулайзерная терапия

Эталон ответа: 1 2 3 4

4. Реабилитация детей с хроническим колитом, энтероколитом включает

- 1) санаторно-курортное лечение
- 2) антацидные средства по схеме 2-3 раза в год
- 3) тюбажи по Демьянову
- 4) ферментные препараты

Эталон ответа: 1

5. Первым необходимым противоэпидемическим мероприятием в очаге кишечных инфекций является

- 1) изоляция больного
- 2) извещение СЭС
- 3) наблюдение за контактными
- 4) обследование контактных

Эталон ответа: 1

6. Ребенок, перенесший гипоксию, в позднем восстановительном периоде наблюдается на педиатрическом участке

- 1) педиатром
- 2) невропатологом
- 3) консультируется логопедом, офтальмологом
- 4) ортопедом

Эталон ответа: 1 2 3 4

7. Частота осмотров в течение года участковым педиатром больных бронхиальной астмой составляет

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в год
- 3) 3 раза в год
- 4) 4 раза в год

Эталон ответа: 4

8. После выписки из стационара больной с хронической пневмонией наблюдается

- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) 5 лет
- 4) до перевода во взрослую поликлинику

Эталон ответа: 4

9. Частота осмотров педиатром в поликлинике в течение года больных тяжелой формой бронхиальной астмы составляет

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в год
- 3) 3 раза в год
- 4) 6 раз в год и более

Эталон ответа: 4

10. Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет не менее

- 1) 1 года
- 2) 2 лет
- 3) 3 лет
- 4) до перевода во взрослую сеть

Эталон ответа: 4

11. Реабилитация в поликлинике детей с хроническим холециститом и холецисто-холангитом включает

- 1) приём минеральной воды по схеме 2-3 раза в год
- 2) тюбажи по Демьянову
- 3) физиотерапию, ЛФК
- 4) желчегонные средства

Эталон ответа: 1 2 3 4

12. При диспансерном наблюдении на педиатрическом участке детей с хроническим холециститом обязательно проведение обследований

- 1) клинический анализ крови
- 2) биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин, билирубин и его фракции)
- 3) соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий
- 4) УЗИ органов брюшной полости

Эталон ответа: 1 2 3 4

13. При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим гепатитом обязательны следующие исследования

- 1) функциональные пробы печени
- 2) дуоденальное зондирование 1 раз в 3-6 месяцев

- 3) анализ крови с тромбоцитами 1 раз в 1-3 месяцев
- 4) кал на цисты лямблий и я/глистов

Эталон ответа: 1 2 3 4

14. Реабилитация в поликлинике детей с хроническим гастритом, гастроуденитом включает

- 1) диету №5,
- 2) антацидные средства по схеме 2 раза в год
- 3) витамины С, В1, В2, А по схеме 2 раза в год
- 4) минеральные воды по схеме 2-3 раза в год

Эталон ответа: 1 2 3 4

15. Частота осмотра в поликлинике ЛОР врачом и стоматологом в течение года больных с хроническим гастритом составляет

- 1) ежемесячно
- 2) ежеквартально
- 3) 1 раз в год
- 4) 2 раза в год

Эталон ответа: 4

16. Разобщение детей, контактировавших с больным коклюшем, полагается на

- 1) 5 дней
- 2) 7 дней
- 3) 10 дней
- 4) 15 дней

Эталон ответа: 2

17. Ребенок с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (легкая форма поражения ЦНС) нуждается в проведении следующего обследования в амбулаторных условиях

- 1) нейросонография (НСГ)
- 2) электроэнцефалография (ЭЭГ)
- 3) исследование глазного дна
- 4) компьютерная томография головного мозга

Эталон ответа: 1 2 3

18. Частота наблюдений участковым педиатром за детьми с хроническим гастродуоденитом составляет

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в 2 месяца
- 3) 1 раз в 3 месяца
- 4) 1 раз в полгода

Эталон ответа: 4

19. Реабилитация в поликлинике детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки включает

- 1) диету №1 в течение 1-2 месяцев после обострения, затем диету №5
- 2) диету №5 в течение 1-2 лет после обострения, затем диету №1
- 3) диету №15 в течение 1-2 лет после обострения, затем диету №1
- 4) диету №16 в течение 1-2 лет после обострения, затем диету №1

Эталон ответа: 1

20. При подозрении на синдром вегетативной дистонии рекомендуется провести ребенку следующие обследования

- 1) исследование исходного вегетативного тонуса
- 2) ЭКГ
- 3) клино-ортостатическая проба
- 4) кардиоинтервалография

Эталон ответа: 1 2 3 4

21. Когда ребёнок может приступить к занятиям по физкультуре после перенесенной ангины

- 1) через 6-7 дней после выздоровления
- 2) через 10-12 дней
- 3) через 2-4 недели
- 4) через 2 мес

Эталон ответа: 3

22. «Экстренное извещение» заполняет

- 1) врач подтвердивший диагноз инфекционной болезни
- 2) врач установивший границы эпидемического очага
- 3) медсестра фильтра подтвердившая диагноз инфекционной болезни
- 4) медсестра фильтра установившая границы эпидемического очага

Эталон ответа: 1

23. Необходимые лечебные мероприятия при пиелонефрите у детей в амбулаторных и домашних условиях

- 1) «управляемое» мочеиспускание (каждые 3 часа)
- 2) антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)
- 3) иглорефлексотерапия
- 4) противорецидивная терапия (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты)

Эталон ответа: 1 2 4

24. Тактика участкового врача у ребенка с нефротической формой гломерулонефрита

- 1) провести повторный анализ мочи
- 2) консультация нефролога
- 3) госпитализация
- 4) антибактериальная терапия

Эталон ответа: 3

25. Основной принцип лечения железодефицитных анемий

- 1) заместительная терапия препаратами крови
- 2) витаминотерапия витаминами группы В
- 3) использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами
- 4) назначение препаратов железа

Эталон ответа: 4

26. Лечение наследственного нефрита у детей в амбулаторных условиях

- 1) гипотензивная терапия
- 2) активная иммуносупрессивная терапия
- 3) янтарная кислота (увеличение макроэргических связей)
- 4) мембраностабилизаторы

Эталон ответа: 1 3 4

27.«Стационар на дому» при лечении детей с острыми кишечными инфекциями «секреторного» типа предусматривает назначение

- 1) ферментотерапии
- 2) иммунотерапии
- 3) оральной регидратации
- 4) сорбционной терапии

Эталон ответа: 1 3 4

28.«Экстренное извещение» об инфекционном больном следует направить

- 1) в управление здравоохранения
- 2) в районную бактериологическую лабораторию
- 3) в территориальный ЦГСЭН
- 4) в дезинфекционную станцию

Эталон ответа: 3

29.Госпитализация является обязательной, независимо от тяжести заболевания, при

- 1) ботулизме
- 2) кишечной инфекции
- 3) стафилококковой инфекции
- 4) ОРВИ

Эталон ответа: 1

30.Когда следует заполнять «экстренное извещение» об инфекционном больном

- 1) немедленно при подозрении на инфекционную болезнь
- 2) после консультации с врачом-инфекционистом
- 3) после лабораторного подтверждения диагноза
- 4) после консультации с зав.отделением

Эталон ответа: 1

31.Показаниями для госпитализации детей с острой пневмонией являются

- 1) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- 2) нейротоксический синдром
- 3) острая дыхательная недостаточность
- 4) необходимость частого введения антибиотиков

Эталон ответа: 1 2 3 4

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

Задание 1:

1.Опишите действия врача.

Выполняя первичный вызов к ребенку 6 мес. по поводу ОРВИ, на фоне субфебрилитета у ребенка внезапно развился судорожный синдром.

Ответ

1.Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка в реанимационное отделение. Проверить и обеспечить проходимость дыхательных путей. Оксигенотерапия или доступ свежего воздуха. Седуксен 0,5% - 0,1 мл/кг в/в или в/м. Литическая смесь при гипертермии. Оформить направление на госпитализацию.

Задание 2:

1.Проведите противоэпидемические мероприятия в поликлинике, если при осмотре врач заподозрил у ребенка дифтерию.

Ответ

1.Изоляция больного проводится в стационаре до полного клинического выздоровления и бактериологического очищения (2 отрицательных анализа на BL). На контактных накладывается карантин до получения окончательного ответа бактериологического исследования, но не менее чем на 7 дней. В очаге дифтерии после госпитализации больного должна быть проведена тщательная заключительная дезинфекция с использованием 1% раствора хлорамина.

Задание 3:

1.Проведите противоэпидемические мероприятия в детской больнице при выявлении случая ветряной оспы.

Ответ

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. Разобщение контактных: разобщение не болевших детей в возрасте до 7 лет с 11-го по 21-й день от момента контакта. Карантин в коллективе 21 день.

Задание 4:

1.Проведите противоэпидемические мероприятия в детской больнице при выявлении случая кори.

Ответ

1.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 дня.

Задание 5:

1.Проведите противоэпидемические мероприятия в детской больнице при выявлении случая скарлатины.

Ответ

1.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. Карантин: на 7 дней от момента изоляции больного.

Задание 6:

1.Перечислите документы, которые будут сопровождать ребенка 4-х лет на стационарное лечение по поводу острой пневмонии.

Ответ

1.Талон для направления на госпитализацию, ф. 028/у. Выписка из истории развития, ф. 027/у.

Задание 7:

1.Оцените общий анализ 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
Соли	-
Слизь	Умеренное количе- ство
Бактерии	Большое количество

Ответ:

1. Низкий удельный вес, повышенный белок, активные лейкоциты, бактерии – указание на воспалительный процесс в мочевом пузыре или почках

ПК-2.

Способен оказать медицинскую помощь пациентам разного возраста в неотложной и экстренной формах.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Выберите недостатки использования коллоидов в сравнении с кристаллоидами при лечении шока у детей:

- 1) понижают онкотическое давление
- 2) вызывают проникновение альбумина в интерстиций с развитием отека легких

- 3) уменьшают скорость внутриклубочковой фильтрации
- 4) уменьшают клиренс натрия и диурез

Эталон ответа: 2 3 4

2. Назовите, какое количество разрядов возможно при проведении электрической дефибрилляции

- 1) один
- 2) два
- 3) три-четыре
- 4) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков

Эталон ответа: 4

3. Выберите, каким должно быть соотношение компрессий грудной клетки с дыхательными циклами при сердечно-легочной реанимации у ребенка 1 года

- 1) 2:1, если помощь оказывают два человека
- 2) 4:1, если помощь оказывают два человека
- 3) 4:2, если помощь оказывают два человека
- 4) 12:2, если помощь оказывает один человек

Эталон ответа: 2 4

4. Эффективность реанимационных мероприятий оценивают по характеру изменения

- 1) сознания
- 2) артериального давления
- 3) пульса на периферических артериях и кровоснабжения кожи и слизистых
- 4) диаметра зрачка

Эталон ответа: 2 4

5. В каком месте проводится пункция трахеи (как альтернативного метода обеспечения поступления воздуха) в случае острой обструкции верхних дыхательных путей у детей

- 1) иглами от 2-5 мл шприцев
- 2) через щитовидно-перстневидную мембрану
- 3) на уровне 2-3 кольца трахеи
- 4) ниже 2-3 кольца трахеи

Эталон ответа: 3

6. В каком положении следует проводить транспортировку пациента с острым повышением внутричерепного давления

- 1) лежа на спине с приподнятым ножным концом

- 2) лежа на спине с приподнятым головным концом
- 3) сидя
- 4) лежа на животе

Эталон ответа: 2

7. При ожоговом шоке у ребенка необходимо проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе, если имеется

- 1) болевой синдром
- 2) артериальная гипотензия
- 3) возбуждение
- 4) нарушение сознания

Эталон ответа: 2

8. Выберите правильное положение пациента с инородным телом верхних дыхательных путей в стабильном состоянии во время транспортировки

- 1) лежа на спине
- 2) в пологорот
- 3) строго сидя
- 4) полулежа

Эталон ответа: 3

9. Для терапии мерцательной тахикардии, возникшей у больного с синдромом слабости синусового узла, на догоспитальном этапе целесообразнее использовать

- 1) дигоксин
- 2) верапамил
- 3) пропранолол
- 4) новокаиномид

Эталон ответа: 1

10. Выберите дозировку адреналина для внутрисердечного введения при сердечно-легочной реанимации у детей

- 1) 1% р-р адреналина 0,05 мл/год жизни
- 2) 0,1% р-р адреналина 0,2 мл/год жизни
- 3) 0,1% р-р адреналина 0,05 мл/год жизни
- 4) 5 мкг/кг каждые 10 минут

Эталон ответа: 3

11. Выберите необходимый интервал времени между разрядами при проведении электрической дефибрилляции

- 1) 1-2 минуты
- 2) 3-4 минуты
- 3) 5 минут
- 4) 8 мин

Эталон ответа: 1

12. Выберите, при каком состоянии прогноз для жизни благоприятнее

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) асистолия
- 3) электромеханическая диссоциация
- 4) мерцательная аритмия

Эталон ответа: 1

13. Если после проведения приема Геймлиха инородное тело в верхних дыхательных путях не удалено, а ИВЛ-экспираторным методом осуществить извлечение возможно, то необходимо провести

- 1) интубацию трахеи
- 2) прием Геймлиха продолжают до удаления инородного тела
- 3) трахеостомию
- 4) коникотомию

Эталон ответа: 1

14. Показанием для перевода ребенка в шоковом состоянии на ИВЛ при отсутствии дыхательных расстройств является

- 1) судорожный синдром
- 2) гипотензия ниже 70 мм рт. ст., не поддающаяся терапии в течение 30 минут
- 3) потеря сознания
- 4) гипотермия

Эталон ответа: 2

15. Определите показания к проведению антиаритмической терапии у детей на догоспитальном этапе

- 1) повышение артериального давления
- 2) понижение артериального давления
- 3) загрудинные боли, симптоматика недостаточности мозгового кровообращения
- 4) левожелудочковая недостаточность

Эталон ответа: 2 3 4

16. В чем заключается и в какой последовательности выполняется прием Сафара

- 1) запрокидывание головы
- 2) открытие рта
- 3) выдвижение нижней челюсти
- 4) поворот головы в бок

Эталон ответа: 1 2 3

17. Чем характеризуется синкопальное состояние в клинической картине обморока

- 1) кратковременная потеря сознания
- 2) бледность кожных покровов
- 3) сужение зрачков
- 4) поверхностное брадикапноэ

Эталон ответа: 1 2 3 4

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

Задание 1:

1. Ваша тактика ведения ребенка при утоплении.

Ребенок в возрасте 9-10 лет, лежит на берегу реки 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.

Ответ.

1.Очистить ротовую полость,-перегнуть пострадавшего через бедро, ударами ладони между лопатками удалить воду. Укутать в одеяло, ингаляции 60% кислородом, ввести зонд в желудок, ввести в мышцы дна полости рта возрастную дозу атропина, преднизолон 2-4 мг/кг. Подлежит экстренной госпитализации в реанимационное отделение ближайшей больницы

Задание 2:

1.Опишите действия врача.

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.

Ответ

1.Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка в реанимационное отделение. Проверить и обеспечить проходимость дыхательных путей. Оксигенотерапия или доступ свежего воздуха. Седуксен 0,5% - 0,1 мл/кг в/в или в/м. Литическая смесь при гипертермии. Оформить направление на госпитализацию.

Задание 3:

1.Опишите действия врача летнего оздоровительного лагеря.

В медпункт доставлен ребенок 8 лет с анафилактическим шоком вследствие реакции на укус пчелы.

Ответ

1.Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка. Адреналин 0,5 мл подкожно и обкалывание места укуса адреналином с физ.раствором, предварительно вынув жало и наложив жгут на 5-8 мин. Преднизолон 5-10 мг/кг в/в. Антигистаминные препараты – супрастин (0,2 мг/кг). Оксигенотерапия.

Задание 4:

1.Опишите действия врача детского сада.

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.

Ответ

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

Задание 5:

1.Опишите действия врача летнего оздоровительного лагеря.

В течение последней недели стояла жаркая сухая погода, с температурой воздуха в дневные часы 29-30°C в тени. 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».

Ответ

1.Тепловой удар. Переместить ребенка в прохладное помещение; уложить в горизонтальное положение, голову покрыть пеленкой, смоченной холодной водой. 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. Проводить физическое охлаждение холодной водой с постоянным растиранием кожных покровов (прекратить при снижении t тела ниже 38,0°C). Госпитализация в реанимационное отделение после оказания первой помощи

Критерии оценки заданий в тестовой форме и практико-ориентированных заданий:

Из 100 предложенных заданий в тестовой форме и практико-ориентированных заданий студентом даны правильные ответы:

- «зачтено» - 71% и более правильных ответов
- «не зачтено» - 70 и менее правильных ответов

Шкала оценки:

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

II. Контроль практических навыков (оформление и защита академического кураторского листа по здоровому (диспансерное наблюдение) и больному ребенку)

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) - второй этап курсового экзамена.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:

1. Установить контакт с родителями здоровых и больных детей.
2. Собрать жалобы, собрать и проанализировать анамнез жизни и заболевания ребенка.
3. Направить детей на лабораторное и инструментальное обследование, к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.
4. Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
5. Владеть алгоритмом постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
6. Провести оценку клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям в условиях первичного звена.
7. Проведение дифференциального диагноза с другими болезнями.
8. Разработать план лечения болезней и патологических состояний ребенка.
9. Дать рекомендации по режиму, диете, назначить медикаментозную и немедикаментозную терапию ребенку.
10. Оказать медицинскую помощь детям при острых и хронических заболеваниях
11. Оценить эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей.
12. Организовывать и обеспечивать проведение медицинских осмотров детей с учетом их возраста и состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами
13. Определять группу здоровья ребенка с учетом диагноза, результатов функционального обследования, кратности перенесенных заболеваний в течение года, нервно-психического и физического развития
14. Устанавливать группу здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных учреждениях с учетом диагноза и перенесенного заболевания
15. Назначать лечебно-оздоровительные мероприятия детям с учетом возраста ребенка, группы здоровья и факторов риска в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, контролировать соблюдение оздоровительных мероприятий
16. Проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми, детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи

Академический кураторский лист для оформления практических навыков

<u>Дата</u> • Температура тела • ЧСС • ЧДД • Масса и длина тела (для детей до 3-х лет) • АД (для детей старше 9 лет)	<u>Ф.И.О. ребенка, его возраст, адрес.</u> «На дому первично» «На дому повторно» «На дому активно» «На приеме» <u>Жалобы</u> на момент курации: <u>An.vita:</u> <u>An. morbi:</u> <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. <u>Заключение:</u> диагноз (по классификации) или уровень здоровья (по группам). <u>Подпись:</u> полностью фамилия и инициалы, номер группы.	<u>Назначения:</u> • По режиму • Питанию • Медикаментозные • Немедикаментозные • Дополнительные методы обследования (при необходимости) • Лабораторные методы (при необходимости) Дата явки в поликлинику: «Больничный лист выдан _____ (Ф.И.О.) с _____ по _____ число, месяц, год)» или «Больничный лист не нужен»
--	---	---

Критерии оценки освоения практических навыков и умений.

- «зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания по МКБХ 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.

III. Ситуационные задачи к формируемым компетенциям

Распределение задач по компетенциям

Шифр компетенции	№ задачи
ПК - 1	1-15
ПК - 2	1 - 9
ПК - 3	1 - 11
ПК - 4	1 - 21

ПК-4.

Способен организовать и провести профилактические медицинские осмотры детей разного возраста, диспансерное наблюдение здоровых и больных детей.

Задача 1:

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.

Задания:

Оцените критерии здоровья.

5. Определите группу здоровья ребенка.
6. Проведите оценку эффективности диспансеризации.
7. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.
8. Дайте рекомендации по рациональному питанию.

Эталон ответа

6. 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.
7. Группа здоровья 2.
8. Не соблюдены сроки осмотра ортопедом.
9. 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.
10. Диета – общий протертый стол.

Задача 2:

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 токсикозом 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.

Задания:

6. Оцените критерии здоровья.
7. Определите группу здоровья ребенка.
8. Проведите оценку эффективности диспансеризации.
9. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.
10. Дайте рекомендации по рациональному питанию.

Эталон ответа

6. 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.
7. Группа здоровья 2.
8. Диспансеризация эффективна, объем и сроки назначений соблюдены.
9. Режим N5, воспитательные воздействия на 1 г 3 мес, на прием к педиатру в 1 г 3 мес.
10. Диета – общий протертый стол.

Задача 3:

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.

Задания:

6. Оцените критерии здоровья.
7. Определите группу здоровья ребенка.
8. Проведите оценку эффективности диспансеризации.
9. Выработайте оздоровительные и профилактические назначения на следующий эпикризный срок.
10. Как должен поступить врач в подобной ситуации с точки зрения медицинской этики и деонтологии?

Эталон ответа

5. 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.

6. Группа здоровья 2.

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

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

Задача 4:

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:

6. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
7. Дайте оценку критериям, характеризующим здоровье ребенка.
8. Оцените уровень здоровья ребенка.
9. Относится ли данный ребенок в группу риска по проведению иммунопрофилактики? Перечислите группы риска по проведению иммунопрофилактики и особенности ее проведения.
10. 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. Данный ребенок относится в 3 группу риска (ЧБР). 4 группы риска по проведению иммунопрофилактики:

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.

5. Нарушены деонтологические принципы врач-родители ребенка

Задача 5:

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 х 3 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, распластанный. 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 Ng/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, мезоматотип. 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 I 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.

Задача 6:

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 1 см в диаметре. Физикально со стороны сердца и легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см.

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

2) 2. Да. (058/y).

3) 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) 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 иммуноглобулин 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) 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 7:

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 сонапакс, 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 неблагополучия биологического анамнеза (группа риска диспансерная по биологическому анамнезу), высокой отягощенности 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.

3. Ребенок вовремя 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.

4. Родители не были поставлены в известность о возможном тяжелом течении адаптации у ребенка и ее негативных последствиях для состояния здоровья. Нарушения в системе врач - родители, врач - ребенок.

Задача 8:

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 мелкоточечной яркой сыпи на фоне гиперемизированной 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 мелкоточечный характер, располагается на гиперемизированном 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 9

На амбулаторном приёме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю. Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Hb-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Аппетит хороший. По другим внутренним органам без патологии. Масса - 8700 г (5 к), длина - 70 см (6 к). Большой родничок 1,0х0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия: Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч); Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер; Р. а. - по долгу лепечет; Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»); Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

Задание:

1. Оцените факторы и критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по питанию,
4. Дайте рекомендации по режиму,
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо назначить данному ребенку.

Эталон ответа

1. Факторы, определяющие здоровье: генеалогический анамнез – умеренное отягощение (ИГО 0,5), биологический анамнез – отягощен (акушерский, смешанное вскармливание неадаптированное), социальный анамнез – не отягощен.

Критерии характеризующие здоровье:

Физическое развитие – выше среднего по длине. Гармоничность и соматотип не определить – нет данных по ОГК.

НПР – норма к 7 мес:

Разнообразно и долго занимается игрушкой (ДР); хорошо ползает (ДО); на вопрос «где?» находит взглядом предмет, расположенный в определенном месте (ПР); подолгу лепечет, произносит одни и те же слоги (АР); пьет из чашки, которую держит взрослый (Н).

ДР – на 8 мес

ДО – на 8 мес

РП – на 8 мес

Н – на 8 мес

Таким образом – I группа НПР, ускоренное развитие.

Резистентность – нет сведений

Функциональное состояние – плохое – уровень гемоглобина за нижней границей возрастной нормы (гемогл -115, при возрастной норме около 130).

2. Ребенок из группы риска III - снижение уровня гемоглобина ниже возрастной нормы, риск формирования ЖДА алиментарного генеза вследствие нерационального питания (не введены прикормы, смешанное неадаптированное вскармливание)

Группа здоровья – II.

3. Диетотерапия предусматривает правильную организацию рационального вскармливания. Диета должна быть сбалансированной, с высоким содержанием витаминов, микроэлементов, железа. Оптимальным для ребенка первых месяцев жизни является вскармливание грудным молоком. Детям, находящимся на смешанном или искусственном вскармливании, необходимо ввести адаптированные смеси, обогащенные железом – «Симилак с железом», «Энфамил».

Первый прикорм – овощное пюре – детям, находящимся на естественном вскармливании или вскармливании адаптированными смесями, вводится на 1 месяц раньше.

В качестве второго прикорма рекомендуются каши, преимущественно из гречневой или овсяной круп, богатых железом.

При ЖДА насыщение организма ребенка железом можно осуществлять путем включения в рацион питания продуктов с высокой степенью усвояемости железа – мясо

(телятина, говядина), печень (свиная и говяжья), рыба, яичный желток. Мясо, рыба вводится постепенно, лучше в виде пюре с овощами – с 6 месяцев.

4.Режим:

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

5. По плану диспансеризации (Приказ 514н) – осмотр педиатра в возрасте 8 мес.

Группа риска III — дети с риском метаболических нарушений: рахит, **анемия**, гипотрофия, паратрофия,

Дополнительно, детям из третьей группы риска: анализ крови в 1, 3, 6, 12 месяцев, при снижении гемоглобина — своевременное лечение, тщательный контроль за прибавкой в массе тела, рациональное вскармливание (сохранение грудного вскармливания, соблюдение возрастного режима и объема кормлений при искусственном вскармливании, правильное и своевременное введение **прикорма**), профилактика **рахита** витамином Д3 с 1 месяца до 1 года по 500 МЕ ежедневно, массаж, гимнастика, закаливание.

Срок наблюдения — до 1 года.

Задача 10

На амбулаторном приеме мама с сыном 1 месяца жизни.

Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия.

С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2800 г, длина тела 48 см. Привит по календарю. Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5.

Ребенок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5см. При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0х2,5 см. Масса - 3600 г (3 к), длина - 53 см (3 к). Сон - беспокойный. Appetit - нарушен.

Психометрия:

ЗА - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете;

СА – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки;

Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;

ДО - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.

Задание:

1.Оцените факторы определяющие здоровье

2.Оцените критерии здоровья.

3. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

4.Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму

5.Дайте рекомендации законному представителю ребенка по воспитательным воздействиям с указанием номера и их характеристик.

Эталон ответа

1.Факторы, определяющие здоровье: генеалогический анамнез – умеренное отягощение (ИГО 0,5), биологический анамнез – акушерский анамнез отягощен, социальный анамнез – отягощен – вредное производство у матери ребенка.

2.Критерии характеризующие здоровье:

Физическое развитие – ниже среднего по длине. Гармоничность и соматотип не определить – нет данных по ОГК.

НПР – норма к 1 мес:

Начинает улыбаться в ответ на разговор взрослого (Э); сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете и плавно прослеживает за движущимся предметом; прислушивается к голосу взрослого, слуховое сосредоточение (СА); лежа на животе пытается поднимать и удерживать головку (ДО).

Таким образом – I группа НПР, нормальное развитие.

Резистентность – нет сведений

Функциональное состояние – поведение с отклонениями

Врожденный порок развития – дефекты губы и твердого неба

3.Диагноз: врожденный порок развития: «заячья губа, волчья пасть»?

Группа здоровья III

4.Физиологический режим

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)
I	От 1 до 3 мес.	7	3	1 – 1,5	4	2 – 1,5	11

5.Занятия с ребенком в возрасте от 2-3 недель до 3 месяцев.

Ласково разговаривать с ребенком, петь ему, сначала выпрямившись, а затем склоняясь над лицом. Обходить вокруг кровати - этим стимулируется сначала сосредоточение, а затем слежение, определение локализации звука.

Перед каждым кормлением и сном выкладывать ребенка на живот, периодически подставлять к стопам ребенка свою ладонь, вызывая при этом феномен ползания (Бауэра). В результате развивается умение поднимать и удерживать головку, укрепляется тонус брюшных мышц (при признаках утомления следует повернуть ребенка на спину).

Брать ребенка на руки сначала в горизонтальном положении, а с 1,5 мес. - в вертикальном в целях поднятия эмоционального тонуса и выработки умения удерживать голову.

Подвешивать крупную игрушку на расстоянии 70 см от груди, более мелкую - на расстоянии 50-60 см. Медленно переводить подвешенную игрушку из стороны в сторону, брентать, звенеть игрушкой, стимулируя зрительное и слуховое сосредоточение, слежение и т.д.

Задача 11

Проводится плановый диспансерный осмотр девочки 7 лет.

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 де-

вочка 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 (2 центильный коридор). Длина тела - 112 см (2 центильный коридор). Окружность грудной клетки - 54 см (2 центильный коридор).

Ребёнка пригласили в детскую поликлинику для проведения вакцинации БЦЖ. На месте предыдущей вакцинации БЦЖ виден рубец размером 6мм. У ребенка впервые выявлена положительная реакция (5мм.) пробы Манту (предыдущие диагностические реакции Манту отрицательны).

Задание

1. Ваш диагноз и тактика в отношении вакцинации БЦЖ у этого ребенка.
2. В каких случаях после постановки (оценки) пробы Манту детей направляют на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
3. Оцените факторы, определяющие здоровье.
4. Оцените критерии, характеризующие здоровье.
5. Определите и обоснуйте группу здоровья.

Эталон ответа:

1. Положительная реакция Манту. Требуется консультация фтизиатра.
 2.
 - - с впервые выявленной положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза (вираж туберкулиновой пробы);
 - - с длительно сохраняющейся (4 года) реакцией (с инфильтратом 12 мм и более);
 - - с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулиноположительных детей - увеличение инфильтрата на 6 мм и более;
 - - увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
 - - с гиперреакцией на туберкулин - инфильтрат 17 мм и более.
 - 3.Высокая отягощенность генеалогического анамнеза, биологический анамнез не отягощен. Социально - средовой – отягощён (курение отца).
 - 4.. Масса, длина, окружность грудной клетки – 2 центильный коридор. Низкая масса при низкой длине. Уровень физического развития – низкий. Гармоничное развитие. Микросоматотип. Группа внимания по физическому развитию.
- Группа НПР в данном возрасте не выставляется, диагностика психического развития проводится врачом –специалистом.
- Низкая резистентность. Функциональное состояние – плохое. Поведение с отклонениями (в эмоциональном и вегетативном статусе). Нарушение осанки. Кариес средней активности.
- 5.Группа здоровья – II (группа «внимания») по физическому развитию, низкая резистентность, функциональное состояние – плохое, т.к. поведение с отклонениями; нарушение осанки, кариес).

Задача 12

Для планового диспансерного осмотра к Вам на прием в поликлинику пришла мама с ребенком. Мальчику 1 год, масса тела 10800 г, длина 76 см, окружность головы 48 см, окружность грудной клетки 51 см. (длина – 5 центильный коридор, масса – 6 центильный коридор, ОГК – 5 центильный коридор). Индекс генеалогической отягощенности 1,4. Возраст матери 26 лет. Во время беременности мать болела гриппом, лечилась гентамицином. Ребенок от первой 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, полиомиелита, гепатита В. В 1 мес. осмотрен неврологом, стоматологом, хирургом и офтальмологом - патологии не выявлено. В 2 мес. назначены анализ крови клинический, общий анализ мочи – без патологии. Осмотрен ортопедом в 3-х месячном возрасте - выявлена дисплазия правого тазобедренного сустава, по поводу чего до настоящего времени получает лечение (физиопроцедуры, массаж).

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 словам, узнает по фотографии взрослых (маму, папу), самостоятельно пьет из чашки. При обследовании патологических изменений со стороны деятельности основных органов и систем не выявлено. ЧСС - 124 уд/мин, ЧД - 30 в мин, артериальное давление - 98/50 мм рт. ст., Hb -129 г/л.

Задания:

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Оцените критерии, характеризующие здоровье
3. Оцените и обоснуйте уровень здоровья ребенка.
4. Перечислите сроки вакцинации БЦЖ в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.
5. Укажите технику проведения вакцинации БЦЖ.

Эталон ответа

1. Генетологический и биологический анамнез отягощен.
2. Уровень физического развития средний (средняя длина при массе выше средней). Гармоничное физическое развитие. Макросоматотип.

НПР I группа, нормальное развитие.

Резистентность высокая. Функциональное состояние – имеется дисплазия правого тазобедренного сустава.

3. Группа здоровья II (дисплазия правого тазобедренного сустава).

4. Здоровым новорожденным на 3-7 сутки проводится вакцинация БЦЖ-М (в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом - вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ). RV проводится здоровым детям в 6-7 лет, перед поступлением в школу, при обязательной 2-х кратной отрицательной р.Манту включая год вакцинации.

5. Вакцину БЦЖ вводят строго внутривенно 0,1 мл, в дельтовидную мышцу на границе верхней и средней плеча под углом 10-15°.

Задача 13

Вы участковый педиатр. К Вам в поликлинику на диспансерный прием пришла мама с ребенком. При осмотре: мальчику 1 год, масса тела 11000 г (5 центильный коридор), рост 77 см (4 центильный коридор), окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 52 см (5 центильный коридор), 8 зубов. Родители ребенка здоровы. Мальчик от второй беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, срочных благополучных родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom по желанию матери. Индекс генетологической отягощенности 1,2. Отец и мать с высшим образованием, квартира благоустроенная с отдельной детской комнатой. Вредных привычек у родителей нет. 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 по возрасту. Осмотрен в положенные сроки неврологом, хирургом, стоматологом, 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. Стул и диурез не изменены.

Задания:

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Оцените критерии, характеризующие здоровье.
3. Оцените и обоснуйте уровень здоровья ребенка.
4. Назначьте физиологический режим данному ребенку, воспитательные мероприятия на следующий эпикризный срок.
5. В каких случаях проба Манту проводится детям 2 раза в год.

Эталон ответа

1. Социальный анамнез не отягощен. Отягощен генеалогический и биологический (акушерский) анамнез - мед. аборт, предшествующий первой беременности;
2. Нормальная длина при нормальной массе тела; гармоничное развитие, мезосоматотип.

III группа НПР, задержка развития 1 степени.

Низкая резистентность; хорошее функциональное состояние.

3. Группа здоровья II (III группа НПР, низкая резистентность).

4. Режим №5.

Данному ребенку рекомендован физиологический режим № 5.

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)
4	4,5 – 3,5	3,5 – 4	2	2,5 – 1,5	10–11

Воспитательные воздействия:

- на 11 мес - делает первые самостоятельные шаги; стоит без поддержки (ДО); произносит первые слова-обозначения — кис-кис, ав-ав, дай (АР).
- к 1 году 3 месяцам - запас понимаемых слов быстро растет (ПР); воспроизводит в игре действия (И), различает два разных по величине предмета (СР); самостоятельно ест густую пищу ложкой (Н).

На прием к педиатру в 1 г 3 мес.

5.

- - детям, не вакцинированным против туберкулеза по медицинским показаниям, а также не привитым против туберкулеза по причине отказа родителей от иммунизации ребенка, до получения ребенком прививки против туберкулеза;
- - детям, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сахарным диабетом;

- - детям, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;
- - ВИЧ-инфицированным детям.

Задача 14

На профилактический прием в поликлинику пришла мама с ребенком. Мальчику 1 год, масса тела 11200 г (8 кор), длина тела 72,5 см (3 кор), окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 50 см (5 кор), 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 по возрасту. Осмотрен ортопедом, хирургом, стоматологом, неврологом, 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.

Задания:

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Оцените критерии, характеризующие здоровье.
3. Оцените уровень здоровья ребенка.
4. Назначьте физиологический режим данному ребенку и воспитательные мероприятия на следующий эпикризный срок.

5. Перечислите сроки вакцинации ОПВ/ИПВ в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и мероприятия по профилактике вакциноассоциированных случаев полиомиелита.

Эталон ответа

1. Социальный анамнез не отягощен, отягощенный генеалогический (сахарный диабет у матери) и биологический анамнез (роды в ягодичном предлежании),
2. Физическое развитие ниже среднего, очень высокая масса при сниженной длине тела, резко дисгармоничное развитие. I группа НПР, низкая резистентность, хорошее функциональное состояние.
3. Группа здоровья II (низкая резистентность).
4. Режим №5, воспитательные воздействия на 1 г 3 мес, на прием к педиатру в 1 г 3 мес.

Данному ребенку рекомендован физиологический режим № 5.

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)
4	4,5 – 3,5	3,5 – 4	2	2,5 – 1,5	10–11

5. Всем здоровым детям первые 2 вакцинации проводят детям в 3 и 4.5 месяца жизни - ИПВ, в 6мес., 18 мес., 20 мес. и 14 лет - ОПВ.

- Первые 2 вакцинации против полиомиелита проводят вакциной ИПВ в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок. Кроме

того, всем детям, не получившим прививки против полиомиелита ранее, проводят вакцинацию ИПВ;

- Детям, имеющим противопоказания к применению вакцины ОПВ, иммунизация против полиомиелита осуществляется только вакциной ИПВ в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок.

- В детских закрытых коллективах (домах ребенка и других) в целях профилактики возникновения контактных случаев ВАПП, обусловленных циркуляцией вакцинных штаммов полиовирусов, для вакцинации и ревакцинации детей применяется только вакцина ИПВ.

Задача 15

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. Неврологом 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 сонапакс, 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. Как часто педиатр ДДУ должен проводить осмотр вновь поступивших в детское учреждение детей в период адаптации?

5. Каким детям и в какие сроки проводят вакцинацию против гемофильной инфекции.

Эталон ответа

1. 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.

2. Прогноз течения и тяжести адаптации у данного ребенка можно сделать на основании выраженного неблагополучия биологического анамнеза (группа риска по биологическому анамнезу), высокой отягощенности 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.

3. Ребенок вовремя не был проконсультирован неврологом 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.

4. 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.

5. Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка).

- При начале вакцинации в возрасте младше 6 месяцев вакцина вводится 3-кратно с интервалом 1-2 месяца (3, 4, 5, 6 мес.); ревакцинацию проводят однократно через год после 3-ей вакцинации (18 мес).

- При начале вакцинации в возрасте от 6 до 12 месяцев вакцина вводится 2-кратно с интервалом в 1 месяц; ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев.

- При начале вакцинации в возрасте от 1 года до 5 лет выполняется однократная инъекция.

Задача 16

К участковому педиатру на прием для планового диспансерного осмотра и решения вопроса о проведении плановой вакцинации пришла мама с ребенком. Мальчику 1 год, масса тела 11200 г (7 центильный коридор), длина тела 75 см (4 центильный коридор), окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 50 см (5 центильный коридор), 7 зубов. Мать ребенка страдает хроническим гастродуоденитом, у отца гипертоническая болезнь. Индекс генеалогической отягощенности 0,9. Отец курит, имеет среднеспециальное 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.

До настоящего времени вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарем.

В 2 мес сделан анализ крови клинический, общий анализ мочи. Был планово осмотрен ортопедом, хирургом, стоматологом, офтальмологом и неврологом. 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:

- 1.Оцените факторы определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Оцените критерии характеризующие здоровье у этого ребенка.
- 3.Определите группу здоровья.
- 4.Перечислите, какие прививки получил этот ребенок, если согласно анамнеза он «привит в соответствии с Национальным календарем».
- 5.Какие специалисты должны осмотреть ребенка и какие исследования ему должны быть назначены, согласно Приказа 514н МЗ РФ в возрасте 12 мес.

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 II группа, задержка 1 степени (АР 1)

Низкая резистентность (острые заболевания 5 раз /год).

Функциональное состояние хорошее.

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

4. К 12 месяцам ребенок должен быть вакцинирован:

- - вакцинацию против гепатита В (0 - 1 мес. - 6 мес.),
- - вакцинацию против туберкулеза (БЦЖ-М 3-7 день),
- - вакцинацию против полиомиелита в 3 мес., 4,5 (ИПВ) и 6 мес. (ОПВ).
- - вакцинацию против коклюша, дифтерии, столбняка в 3 мес, 4,5 и 6 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 воз-

расте 18 мес (Группа риска ЧБД).

- Против пневмококковой инфекции – в 2 мес., - 4,5 мес.

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.

5.В 12 месяцев (Приказа 514н МЗ РФ) ребенка осматривают:

- Невролог
- Детский хирург

- Оториноларинголог
- Травматолог-ортопед

Назначают:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Электрокардиографию

Задача 17

К участковому педиатру в поликлинику на диспансерный прием пришла мама с ребенком. Мальчику 1 год, масса тела 11100 г (8 центильный коридор), длина тела 72,5 см (3 центильный коридор), окружность головы 48 см, окружность грудной клетки 50,5 см (5 центильный коридор). Родители ребенка здоровы. 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 на 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 болел 4 раза острыми респираторно вирусными инфекциями. Привит по возрасту. Осмотрен ортопедом в возрасте 3-х месяцев - выявлена дисплазия правого тазобедренного сустава, по поводу чего до настоящего времени получает лечение (физиопроцедуры, массаж). В 1 мес. осмотрен неврологом, хирургом, стоматологом; офтальмологом - патологии не выявлено. В 2 мес. назначались анализ крови клинический, общий анализ мочи (без особенностей).

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 словам, 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 дыхания - 30 в 1 мин, артериальное давление 95/45 мм рт. ст., Hb -129 г/л.

Задание

1. Оцените факторы, определяющие здоровье.
2. Оцените уровень физического развития, НПР, резистентность и функциональное состояние.
3. Определите группу здоровья ребенка.
4. Дайте рекомендации по режиму.
5. В какие сроки необходимо осуществлять патронаж к ребёнку после проведённой вакцинации АКДС и ИПВ/ОПВ?

Эталон ответа

1. Неотягощенный анамнез.
2. Уровень физического развития – ниже среднего; резко дисгармоничное развитие, макросоматотип. Длина ниже среднего при очень высокой массе тела (длина -3, масса – 8, окружность грудной клетки – 5 коридор); I группа НПР. Низкая резистентность; ухудшенное функциональное состояние - дисплазия правого тазобедренного сустава.
3. Группа здоровья II (резко дисгармоничное физическое развитие, низкая резистентность, дисплазия тазобедренного сустава).
4. Данному ребенку рекомендован физиологический режим № 5.

Кормление	Бодрствование	Кол-во	Сон
-----------	---------------	--------	-----

количество в сутки	перерывы между кормлениями (в часах)	(максимальная длительность в часах)	периодов дневного сна	дневной (длительность каждого периода сна в часах)	ночной (длительность в часах)
4	4,5 – 3,5	3,5 – 4	2	2,5 – 1,5	10–11

5. В течение 2 минут удерживать спиртовой тампон в месте инъекции и 30 минут ребёнок должен наблюдаться в поликлинике.

После проведённой вакцинации АКДС патронаж осуществляется в первые 3 суток, После вакцинации ИПВ/ОПВ 2 раз - на 2-е и 7-е сутки.

Задача 18

Участковый педиатр выполняет плановый диспансерный осмотр ребенка. Мальчику 2 года 6 мес.

Из анамнеза известно, что ИГО (индекс генеалогической отягощенности) 1,2. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, срочных стремительных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 52 см. На искусственном вскармливании с 7 мес. Родители мальчика имеют среднее специальное образование, вредных привычек нет. В течение последнего года мальчик болел 3 раза ОРВИ, 1 раз острым двухсторонним этмоидитом. Наблюдается у невропатолога с диагнозом: натальная травма шейного отдела позвоночника, синдром мышечной гипотонии. Осмотр ортопеда: плоско-вальгусные стопы. У мальчика настроение бодрое, сон беспокойный, аппетит хороший, бодрствование активное. Масса тела – 13,5 кг.; длина тела - 91 см.; окружность грудной клетки - 51 см. (масса и длина – 5 центильный коридор, окружность грудной клетки – 4 центильный коридор).

Мальчик легко повторяет слова и фразы, во время игры обозначает свои действия словами, употребляя при этом предложения из 2 - 3 слов. Подбирает к образцу разнообразные предметы 4-х цветов. Игра носит сюжетный характер; ребенок отражает взаимосвязь и последовательность действий; самостоятельно делает простые постройки при игре со строительным материалом и называет их; полностью одевается, но не умеет застегивать пуговицы и завязывать шнурки; перешагивает через препятствие чередующимся шагом, поднимается на высоту на 15 см и спускается с нее.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, аппетит хороший, сон спокоен.

Дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные. По остальным органам и системам без патологических изменений. Стул и диурез не нарушен. Частота сердечных сокращений – 110 в 1 мин., частота дыхания - 26 в 1 мин, артериальное давление 95/50 мм рт. ст., Нб- 133 г/л температура тела 36,8°C.

Задание

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у данного ребенка
2. Оцените критерии, характеризующие здоровье.
3. Определите группу здоровья.
4. Дайте рекомендации по режиму. Дайте рекомендации по нервно-психическому развитию данного ребенка.
5. Укажите существующие схемы вакцинаций против вирусного гепатита «В». Сколько времени ребёнок должен наблюдаться в поликлинике после вакцинации?

Эталон ответа

1. Генеалогический, биологический анамнезы - отягощены, социально - средовой не отягощен.

2. Физическое развитие: средняя масса при средней длине тела. Уровень физического развития – средний. Гармоничное развитие. Мезосоматотип.

НПР - III группа (А.Р. – 1 год 9 мес. (- 2 э.с.), Д.О. – 2 года (-1 э.с.)).

Низкая резистентность. Функциональное состояние – ухудшенное (поведение с единичными отклонениями); натальная травма шейного отдела позвоночника, синдром мышечной гипотонии, плоско - вальгусные стопы.

3. Группа здоровья – II (низкая резистентность, НПР - III группа, натальная травма шейного отдела позвоночника, синдром мышечной гипотонии, плоско-вальгусные стопы).

4. Физиологический режим №7 (количество кормлений-4, перерывы между кормлениями 4,5 -3,5 час, бодрствование – 5,5-6,5 час, количество периодов дневного сна -1 по 2,5 – 2 час, ночной сон – 10-11 час.).

К 3 годам ребенок должен: употреблять сложные предложения (АР); проявлять элементы ролевой игры; в игре со строительным материалом использовать сюжетные постройки (И); называть 4 основных цвета (СР); перешагивать через препятствие в 10–15 см чередующимся шагом; подниматься на скамейку высотой 25 см и спускаться с нее (ДО); одеваться самостоятельно, застегивать пуговицы с помощью взрослого, завязывать шнурки; пользоваться салфеткой по мере надобности.

5.

а. *Стандартная вакцинация*

Первая вакцинация против вирусного гепатита В - первые 24 часа жизни ребёнка.

Вторая вакцинация против вирусного гепатита В - первый месяц жизни ребёнка.

Третья вакцинация против вирусного гепатита В – в возрасте 6 мес. жизни ребенка. (0 - 1 мес. - 6мес.)

б) *Быстрая вакцинация:*

Детям, относящимся к группам риска, родившихся от HBsAg-позитивных матерей и др., вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0-1-2-12

в) *Экстренная вакцинация:*

3-я ускоренная схема 0 – 7 день – 21 день – через 1 год.

В течение 2 минут удерживать спиртовой тампон в месте инъекции и 30 минут ребёнок должен наблюдаться в поликлинике.

Задача 19

Вы участковый педиатр. К Вам в поликлинику на диспансерный прием пришла мама с ребенком. При осмотре: мальчику 1 год, масса тела 12000 г, рост 73 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 52 см, (длина- 3 центильный коридор, масса – 8 центильный коридор, ОГК – 6 центильный коридор). У ребенка 8 зубов. Индекс генеалогической отягощенности 1,2. Мальчик от второй беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, срочных благополучных родов. Первая беременность закончилась медицинским абортом 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 по возрасту. Осмотрен специалистами в положенные сроки - патологии не выявлено. В 2 мес. назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.

Ребенок активен, хорошо кушает, приучен к соблюдению режима сна и бодрствования. Различает предметы по форме, ищет спрятанную 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»; подражая взрослым, повторяет за ними новые слоги, самостоятельно пьет из чашки, берет ее руками. При физикальном обследовании патологических изменений со

стороны деятельности основных органов и систем не выявлено. ЧСС - 125 уд/мин, ЧД - 28 в мин, артериальное давление - 97/52 мм рт. ст., Hb -129 г/л.

Задание

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Оцените уровень физического развития, гармоничность и соматотип. Оцените уровень НПР ребенка, резистентность и функциональное состояние
3. Оцените уровень здоровья ребенка.
4. Назначьте физиологический режим данному ребенку.
5. Перечислите, какие прививки получил данный ребенок, если из анамнеза известно, что он «привит по возрасту».

Эталон ответа

1. Генеалогический и биологический анамнез отягощен.
2. Уровень физического развития ниже среднего (очень высокая масса при длине ниже среднего). Резко дисгармоничное развитие. Макросоматотип. НПР III группа, 1 степень (ДО-2, РА- 2). Резистентность низкая (4 острых заболевания за год). Функциональное состояние хорошее.
3. Группа здоровья II (очень высокая масса - масса 8 коридор – группа диагностики, III группа НПР, низкая резистентность).
4. Физиологический режим №5.

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)
4	4,5 – 3,5	3,5 – 4	2	2,5 – 1,5	10–11

5.

Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В ¹
Новорожденные на 3-7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза ²
Дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ¹
Дети 2 месяца	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца ^{6.1}	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита ⁴
Дети 4,5 месяца ^{6.1}	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против полиомиелита ⁴
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 6 месяцев ^{6.1}	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка

	Третья вакцинация против вирусного гепатита В ¹
	Третья вакцинация против полиомиелита ⁶
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита

Задача 20

На прием к участковому педиатру для планового диспансерного осмотра пришла мама с ребенком. Девочке 1 год, масса тела 9500 г, длина тела 75 см, окружность головы 47 см, окружность грудной клетки 50 см. (масса – 4 центильный коридор, длина – 5 центильный коридор и ОГК - 5 центильный коридор). Мать ребенка здорова, отец страдает бронхиальной астмой. Индекс генеалогической отягощенности 0,6. Ребенок от первой благополучной беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2900 г, длина тела 52 см. Течение неонатального периода неосложненное. К груди приложена на первые сутки. Пуповина отпала на 4 сутки. БЦЖ сделана в роддоме. Выписана из роддома на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. Грудное вскармливание до 11 мес. В течение первого года жизни болела ОРВИ 2 раза. Привита по возрасту. Осмотрена планово специалистами - патологии не выявлено. 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, сама пьет из чашки. ЧСС 120 в мин. ЧД 28 в мин., Hb - 129 г/л.

При физикальном обследовании патологических изменений со стороны деятельности основных органов и систем не выявлено.

Задание

1. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
2. Оцените уровень физического развития, гармоничность и соматотип. Оцените уровень НПР ребенка, резистентность и функциональное состояние
3. Оцените уровень здоровья ребенка.
4. Назначьте физиологический режим данному ребенку.
5. Перечислите, какие прививки получил данный ребенок, если из анамнеза известно, что она «привита по возрасту».

Эталон ответа

1. Анамнез не отягощен.
2. Уровень физического развития средний. Средняя масса при средней длине. Гармоничное развитие. Мезосоматотип.
- НПР- II группа 1 степень (РА – 1). Резистентность средняя. Функциональное состояние хорошее. Хронических заболеваний нет.
3. Группа здоровья I.
4. Физиологический режим №5

Кормление		Бодрствование (макс. длительность в часах)	Кол-во периодов дневного сна	Сон	
Количество в сутки	перерывы между кормлениями (в ч.)			дневной (длительность каждого периода в ч.)	ночной (длительность в ч.)
4	4,5 – 3,5	3,5 – 4	2	2,5 – 1,5	10–11

5.

Новорожденные в первые 24 часа	Первая вакцинация против вирусного гепатита В ¹
--------------------------------	--

жизни	
Новорожденные на 3-7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза ²
Дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ¹
Дети 2 месяца	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца ^{6.1}	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита ⁴
Дети 4,5 месяца ^{6.1}	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против полиомиелита ⁴
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 6 месяцев ^{6.1}	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В ¹
	Третья вакцинация против полиомиелита ⁶
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита

Задача 21

Мальчика в возрасте 1 года 6 месяцев устраивают в детские ясли. Родился от 4 беременностей, 1-х родов. Предыдущие беременности закончились неблагоприятно: 1-я и 2-я – медицинские аборт, 3-я – выкидыш. Настоящая беременность протекала с токсикозом 2-й половины. Роды срочные, «стремительные». Масса тела при рождении 3000 г., длина тела 50 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по Апгар – 6/7 баллов. Индекс генеалогической отягощенности 1,0. Мать воспитывает ребенка одна. За прошедший год мальчик перенес 1 раз ОРВИ, острый бронхит, ветряную оспу.

Масса тела в 1 год 6 месяцев – 11,5 кг, длина 79 см, окружность грудной клетки 50 см. (длина 4 центильный коридор, масса 6 центильный коридор, ОГК 4 центильный коридор). Мальчик легко подражает часто слышимым обычным словам, сопровождает свои действия лепетом, эмоциональными возгласами, подбирает к образцу предмет такой же формы – кубик к кубику, ориентируется в двух контрастных формах и величинах предметов, отображает в игре отдельные, часто наблюдаемые действия (причесывает, моет куклу), ходит самостоятельно, перешагивая через препятствия, самостоятельно ест густую пищу ложкой. ЧСС 120 в мин. ЧДД 32 в мин. Отмечается беспокойный сон.

Осматривался невропатологом. Сделаны анализы мочи, крови, копрограмма. Имеется справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства.

Ясельная комиссия в детские ясли не пропустила.

Когда мама обратилась к врачу с жалобой, что приходится снова к ней обращаться и тратить свое время из-за ее некомпетентности, врач в резкой форме ответила, что у нее слишком большая нагрузка, а проблема оформления ребенка в детский сад – это проблемы родителей.

Задание

1. Назовите, какие замечания могли быть сделаны участковому врачу «ясельной комиссией» по оформлению ребенка в ясли.
2. Какая медицинская документация заполняется при оформлении ребенка в ДДУ?
3. Перечислите специалистов и обследования, которые должны быть сделаны ребенку к 18 мес перед поступлением в ясли (на возраст 12 мес.) - Приказ №514н
4. Оцените факторы, определяющие здоровье у этого ребенка.
5. Оцените действия участкового врача с точки зрения этики и деонтологии.

Эталон ответа

1. Замечания

а) нет сведений о прививках, ребенок должен иметь к 18 мес.:

- вакцинацию против гепатита В (0 - 1 мес. - 6 мес.),
- вакцинацию против туберкулеза (БЦЖ 3-7 день),
- вакцинация против пневмококковой инфекции в 2 мес, вторая вакцинация в 4,5 мес, ревакцинация в 15 мес
- вакцинацию против полиомиелита в 3 мес., 4,5 и 6 мес., ревакцинацию в возрасте 18 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.

Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В ¹
Новорожденные на 3-7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза ²
Дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ¹
Дети 2 месяца	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца ^{6.1}	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита ⁴
Дети 4,5 месяца ^{6.1}	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против полиомиелита ⁴
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 6 месяцев ^{6.1}	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В ¹
	Третья вакцинация против полиомиелита ⁶
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 18 месяцев	Первая ревакцинация против полиомиелита

	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
--	--

б) Нет данных о плановых осмотрах (Приказ №514н) в 12мес. И перед поступлением в ДДУ.

2. При оформлении ребенка в ДДУ участковый врач заполняет выписку из истории развития, в которой отражает данные о состоянии здоровья и уровне развития ребенка, о характере вскармливания, профилактических прививках, результаты анализов, наличие контакта ребенка с инфекционным больным и дает рекомендации по ведению ребенка в период адаптации. В истории развития ребенка (112/у) делается соответствующая запись участкового педиатра и заключение ясельной комиссии.

В ДДУ заполняется медицинская карта (форма 026/у — 2000).

3.

К 12 мес:

Педиатр	Общий анализ крови
Невролог	Общий анализ мочи
Детский хирург	Электрокардиография
Оториноларинголог	анализ кала на яйца глистов и соскоб на эн-
Травматолог-ортопед	теробиоз.

4. Генеалогический, биологический и социально-средовой анамнез отягощен.

5. Нарушены деонтологические принципы врач-родители ребенка.

ПК- 1

Способен обследовать детей с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Задача 1:

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:

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) 1.ОРВИ, ларингит, стеноз гортани II.
2) 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.

1) 4.Немедленная госпитализация (транспортировка с приподнятой головой).
2) 5.Стеноз III степени, пневмония, как результат нарушения вентиляции легких, нейротоксикоз на фоне ОРВИ.

Задача 3:

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.

2. Необходимо:

- вызов неотложной помощи на дом
- неотложная терапия гипергликемической комы до приезда «скорой»: в/в струйно на 10 мл 0,9% NaCl 1 ед простого инсулина (короткого действия – актрапид).

Задача 4:

Через 3 дня после посещения мамой поликлиники у ребенка поднялась температура до 39,5°C; появились слизистое отделяемое из носа; редкий, сухой, непродуктивный кашель. Мама вызвала врача. 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). 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. Частота сердечных сокращений – 120 в 1 мин., частота дыханий - 36 в 1 мин, артериальное давление 95/45 мм рт. ст., Нв - 126 г/л. 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.

Задания:

Ваша тактика при посещении ребенка на дому:

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

Эталон ответа

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

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. Рентге-

нологически: 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
- детоксикационная терапия (инфузионная терапия при среднетяжелом и тяжелом течении, оральная гидратация);
- жаропонижающие препараты (рекомендуется назначать после назначения антибиотиков);
- симптоматическая терапия;
- физиолечение;
- 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 5:

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.

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. Возможно ли, в данном случае избежать госпитализации ребенка.
4. Какие документы оформляет участковый врач на дому при госпитализации ребенка.

5. 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. Амбулаторное лечение до исключения острой хирургической патологии специалистом - исключено.

4. Направление на госпитализацию.

5. Нарушение деонтологии в системе «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 6:

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. Направьте ребенка в стационар детской больницы на обследование. 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 7:

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.

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 было характерно положительное эмоциональное состояние, сон спокойный, плохой аппетит. С окружающими охотно контактирует. Масса тела - 19 кг (4 центильный коридор). Длина тела - 115 см (5 центильный коридор). Окружность грудной клетки - 57 см (4 центильный коридор).

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.

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. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Тактика участкового врача.
3. Какие документы оформляет участковый врач на дому при госпитализации ребенка? Возможно ли, в данном случае избежать госпитализации ребенка?
4. Оцените факторы, определяющие и критерии, характеризующие здоровье ребенка. Определите группу здоровья.
5. Возможно ли прививать ребенка, если у матери имеется активная форма туберкулеза с выделением бактерий?

Эталон ответа

1. Диагноз основной: Острый аппендицит?
Диагноз сопутствующий: Дискинезия желчевыводящих путей?
Диф. диагностика - кишечная инфекция, о. пневмония и др.
2. 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. Постараться, не напугав родственников, объяснить реальное положение вещей и угрозу для жизни ребенка. Обязательно и в срочном порядке госпитализировать ребенка в хирургическое отделение.
3. Направление на госпитализацию. Амбулаторное лечение до исключения острой хирургической патологии специалистом - исключено.
4. Генеалогический и социально - средовой анамнез 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.

Группа здоровья – II (гипертрофия небных миндалин II ст.)

5. Ребёнка необходимо изолировать от матери на 2 месяца. После отрицательной реакции Манту не ранее 72 часов и не позже 2-х недель ребёнку можно проводить вакцинацию БЦЖ. Ребёнка вновь изолируют на 2 мес., т.к. иммунитет после вакцинации БЦЖ формируется в течение 6-8 недель.

Задача 8

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 – нессливающаяся 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 1 см в диаметре. Физикально со стороны сердца и легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см.

Задание:

6. Ваш диагноз?
7. Следует ли подавать экстренное извещение в СЭС.
8. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании, и если нуждается то в каком?
9. Какие показатели крови могут свидетельствовать о присоединении бактериальной инфекции?
10. Тактика ведения ребенка на дому.

Эталон ответа

- 1) 1. Необычная реакция на прививку против кори, аллергическая сыпь, лакунарная ангина.
- 2) 2. Да. (058/y).
- 3) 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.
- 4) 4. О присоединении бактериальных осложнений свидетельствует значительное нарастание лейкоцитов, нейтрофиллеза, сдвига влево, высокое СОЭ.
- 5) 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 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 °C, беспокойство, появление гиперемии и уплот-

нения 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) 1. Обычная поствакцинальная реакция на прививку АКДС.
- 2) 2. Симптоматическая терапия при необходимости.
- 3) 3. Нет.
- 4) 4. Рассказать матери о разнице между нормальной поствакцинальной реакцией и осложнением. Извиниться, что данная информация ей не была представлена заранее.
- 5) 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, выше 38,6 °С - сильная). Местная реакция (гиперемия или инфильтрация до 2 см - слабая реакция, 2,6 - 5 средняя, 5 – 8 см - 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 10

Девочка 11 мес. 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-месячном возрасте. Профилактические прививки получила по календарю, кроме пневмококковой (ПКВ13) вакцинации, в связи с отказом матери.

Родители отказались от предложенной госпитализации.

Задание:

1. Ваш диагноз.
 2. Ваша тактика, как участкового врача.
 3. Назначьте лечение.
 4. Опишите систему наблюдения за этой больной.
- Ваша тактика при жизнеугрожающем состоянии у данной больной в случае категорического отказа родителей от госпитализации.
5. Какую схему вакцинации против пневмококковой инфекции можно рекомендовать данному ребенку после выздоровления?

Эталон ответа

1. Острый ларинготрахеит, стеноз 1 степени.
2. Попытаться еще раз убедить родителей госпитализировать ребенка. В случае отказа организовать лечение и наблюдение за больной по типу "стационар на дому".
3. Постельный режим, вскармливание по возрасту (протертая пища), увлажненный свежий воздух в помещении, будесонид (пульмикорт), антибиотикотерапия (учитывая неблагоприятный преморбидный фон).
4. 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.

Стеноз 3-4 степени является жизнеугрожающим состоянием и при отказе родителей на госпитализацию реализуется право ребенка на жизнь с привлечением правоохранительных органов.

5. Вакцина Превенар 13 в переднебоковую поверхность бедра

- если вакцинация начата в возрасте 12-23 месяцев, то первичный вакцинальный комплекс состоит из одной дозы, ревакцинация проводится не ранее, чем через 2 месяца от предыдущего введения;
- если вакцинация начата в возрасте 3-12 месяцев, ребенка прививают по следующей схеме: первичный вакцинальный комплекс состоит из 3 доз с интервалом не менее 2 месяцев между дозами и ревакцинацией на втором году жизни (в 15 месяцев), но не ранее, чем через 4-6 месяцев (ПКВ13/ПКВ10, соответственно) после последней дозы первичного вакцинального комплекса;

Национальный календарь

Против пневмококковой инфекции (в/м или п/к)	1 V	2 мес.	0,5 мл в/м
	2 V	4,5 мес.	0,5 мл в/м
	RV	15 мес	0,5 мл в/м

Задача 11

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 (3 центильный коридор), масса тела 7500 (4 центильный коридор), окружность головы 42 см, окружность груди 43 см (4 центильный коридор). 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 х 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; HCT36 L %; PLT $272 \cdot 10^3/\text{mm}^3$; PCT 332 %; MCV78 L μm^3 ; MCH27 Lpg; MCHC 35,8 Hg/dl; RDW13,6 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, 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.

Эталон ответа

1. Диагноз: Рахит II степени тяжести, острое течение, период разгара. Группа здоровья III.

2. Уровень развития ниже среднего, гармоничное, мезоматотип.

НПР II 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 I 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.

- - вакцинацию против гепатита В (0 - 1 мес. - 6 мес.),
- - - вакцинацию против полиомиелита в 3 мес., 4,5 (ИПВ) и 6 мес.(ОПВ).
- - вакцинацию против коклюша, дифтерии, столбняка в 3 мес, 4,5 и 6 мес,
- - -против гемофильной инфекции - в 3 мес., 4,5 и 6 мес., (Группа риска).
- Против пневмококковой инфекции - - в 2 мес., 4,5 мес.,

Задача 12

Участковый педиатр обслуживала вызов на дом к ребенку 3 мес. Мальчик от I нормальной беременности, срочных родов.

Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. К груди приложен на 1-е сутки. Течение неонатального периода не осложнено. До настоящего времени находится на грудном вскармливании. Не болел. Генеалогический индекс – 1,4. Социальный анамнез благополучный.

В роддоме на 5 день жизни был вакцинирован против туберкулеза. В течение первых трех недель жизни на месте вакцинации имела место розовая папула размером около 4 мм, которая затем бесследно исчезла. В возрасте 3 мес. на этом месте образовался инфильтрат в подкожно-жировой клетчатке, размером 1,2 x 1,2 см, умеренно болезненный при надавливании. Кожа над ним гиперемирована, отечна. Вскоре в центре образовался участок гнойного расплавления. Во время очередной гигиенической ванны гнойник был задет губкой и вскрылся, появилось белое, творожистое отделяемое. Общее состояние мальчика не страдало.

Врач, осмотрев рану, назначила местное лечение, которое заключалось в наложении повязок с мазью "Левосин". Однако рана практически не изменилась, и врач направила ребенка к хирургу.

В 3 мес.: длина мальчика 59 см, масса тела 5,350 кг, окружность грудной клетки – 39 см. (масса, длина тела, окружность грудной клетки в 4 центильных коридорах). Температура тела 36,4⁰С. Профилактические прививки кроме БЦЖ в р/д и после выписки не получал. В возрасте 1 мес. плановую диспансеризацию не проходил.

При оценке показателей НПР у мальчика возникает «комплекс оживания» 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 подняв голову, при поддержке под мышки крепко опирается о твердую опору ногами; длительно удерживает голову в вертикальном положении. ЧСС 140 в мин., ЧДД 42 в мин., Hb -129 г/л.

Задание

1.Предположительный диагноз. Тактика участкового врача в данном случае. Назовите необходимые лечебные мероприятия.

2. Оцените факторы, определяющие и критерии, характеризующие здоровье.
3. Определите группу здоровья.
4. Составьте план индивидуального обследования
5. Составьте ребёнку индивидуальный план прививок

Эталон ответа

1. Нормальная реакция на вакцинацию БЦЖ. Лечения не требуется. Соблюдать правила гигиены. Пораженный участок кожи не тереть.

2. Генеалогический анамнез отягощен (высокая отягощенность), биологический и социально - средовой анамнезы не отягощены.

Физическое развитие: уровень – средний, развитие гармоничное, мезосоматотип (средняя масса при средней длине тела). НПР - I группа, нормальное развитие. Средняя резистентность. Функциональное состояние – хорошее.

- 3.Группа здоровья – I (отягощен генеалогический анамнез).
4. Провести лабораторные, функциональные и иные исследования:
- Общий анализ крови
 - Общий анализ мочи
 - Провести обследование:
 - Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
 - Ультразвуковое исследование почек
 - Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов
 - Эхокардиография
 - Нейросонография
 - Аудиологический скрининг
 - Осмотры врачами-специалистами:
 - Невролог. Детский хирург. Офтальмолог. Детский стоматолог. Травматолог-ортопед.
- 5.Составьте ребёнку индивидуальный план прививок.
- .Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
 - Первая вакцинация против полиомиелита (ИПВ).
 - Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) – не требуется
 - Ребёнку необходимо сделать первую вакцинацию против вирусного гепатита «В».
 - Через 1 месяц 2-ю первую вакцинацию против вирусного гепатита «В».
 - Через 5 мес. после второй вакцинации 3-ю вакцинацию против вирусного гепатита «В».
- Вакцинация против вирусного гепатита «В» может сочетаться с другими вакцинами в один день кроме вакцинации БЦЖ и пробой Манту
- а) Стандартная вакцинация 0-1-6
 - б) Быстрая вакцинация: 0-1-2-12

Задача 13

В детскую городскую поликлинику обратилась мать с мальчиком 9 лет. Мальчик болен 7 - й день. Как считают родители, он перенес ОРЗ. Лечили домашними средствами. К врачу не обращались. Общее состояние стало несколько лучше. Температура нормализовалась. Однако тревожит кашель, который стал чаще, приступами, во время которых ребенок синеват, вдох становится звучным и затрудненным. Мать рассчитывала показать больного ребенка врачу-отоларингологу, полагая, что у него какое-то заболевание носоглотки. Однако медицинская сестра, работающая в поликлинике на фильтре, направила их к участковому педиатру, который в это время вел прием здоровых детей. Мальчик сидел около кабинета врача, кашлял. Услышав кашель, врач немедленно вызвала его в кабинет. При осмотре у мальчика был диагностирован коклюш.

Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.

Врач сделала выговор матери мальчика в связи с приходом ее в поликлинику с инфекционным больным, предложила немедленно возвратиться с ребенком домой и ждать там прихода врача. Мать с больным мальчиком городским транспортом доехали до своей квартиры.

Задание

- 1.Какие тактические ошибки в обслуживании инфекционного больного допустили мать заболевшего мальчика и дежурная медсестра поликлиники?
2. Какие тактические ошибки в обслуживании инфекционного больного допустил участковый врач?

3. Оцените действия участкового врача с точки зрения этики и деонтологии. Какие методы исследования необходимо провести для обоснования диагноза? На какие показатели в клиническом анализе крови Вам необходимо обратить внимание при подозрении на диагноз «коклюш»?

4. Какие противоэпидемические мероприятия следует провести в поликлинике, где был больной?

5. Проводится ли экстренная вакцинация непривитых контактных детей? Расскажите кому и как проводят иммунизацию в очаге коклюша?

Эталон ответа

1. Тактические ошибки в обслуживании инфекционного больного:

а) мать не должна была приводить больного ребенка на прием в поликлинику - следовало бы вызвать участкового врача на дом.

б) дежурная сестра фильтра после расспроса о жалобах мальчика должна была направить его в бокс поликлиники, измерить температуру и вызвать к нему врача, который вел прием детей.

2. Участковый врач при подозрении на коклюш у ребенка должен был направить его в бокс поликлиники: после осмотра больного и установления диагноза отправить больного домой транспортом поликлиники или, если позволяет состояние, пешком. Тот факт, что больной коклюшем пришел на прием в поликлинику, говорит о том, что на данном педиатрическом участке недостаточно организована санитарно-просветительная работа.

3. Нарушены принципы деонтологии врач - родители, врач-персонал, а также этический компонент «право на здоровье»

Подтверждением диагноза является высев коклюшной палочки из дыхательных путей больного. Посев рекомендуется делать 2 раза. Результат посева готов через 5-7 дней. Возможна ретроспективная серологическая диагностика. В периоде судорожного кашля характерны изменения в гемограмме: количество лейкоцитов повышается, иногда до значительных цифр, в формуле высокий лимфоцитоз, СОЭ часто понижена или нормальная.

4. При установлении у больного диагноза "коклюш" следует прекратить прием детей в поликлинике, закрыть входную дверь, поставить около нее пост. Учесть всех детей в поликлинике, которые попали в контакт с больным. На детей в возрасте до 7 лет, ранее не болевших коклюшем и не привитых против него, накладывают карантин на 14 дней с момента изоляции больного, из них ослабленным детям раннего возраста вводят противокклюшный гамма - глобулин. Оформить экстренное извещение об инфекционном заболевании (058/у).

5. Экстренная вакцинация непривитых контактных детей не проводится, так как требуется трехкратное введение вакцины. Если после третьей вакцинации АКДС прошло более 6 месяцев, целесообразно ввести бустерную дозу (ревакцинация) контактным детям. Иммуноглобулин вводится непривитым, лицам с незаконченными прививками или ослабленным детям первого года жизни и старше. Иммуноглобулин вводят по 3.0 мл два раза через день. Прием контактными детьми эритромицина (40-50 мг/кг в день), других макролидов 14 дней вне зависимости от вакцинального статуса позволяет предупредить коклюш.

Против коклюша, дифтерии и столбняка	1 V, АКДС	3 мес.
	2 V, АКДС	4,5 мес.
	3 V, АКДС	6 мес.
	1 RV, АКДС	18 мес.
	2 RV АДС-М	6-7 лет
	3 RV АДС-М	14 лет

Задача 14

Вы выполняете вызов на дом к мальчику 4 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,5°C, 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) 1.ОРВИ, ларингит, стеноз гортани II.
- 2) 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.

- 1) 4.Немедленная госпитализация (транспортировка с приподнятой головой).
- 2) 5.Стеноз III степени, пневмония, как результат нарушения вентиляции легких, нейротоксикоз на фоне ОРВИ.

Задача 15

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 BL, взятых с двухдневным промежутком). Допуск в детское учреждение после дополнительного однократного бактериального анализа на BL. Госпитализация носителей токсигенных штаммов обязательна. Их изоляция прекращается после санации и двух отрицательных анализов на BL, 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.

ПК – 3

Способен назначить лечение детям при острых и хронических заболеваниях и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

Задача 1

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, панадол, 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 2

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 гипопротеинемия.

Задания:

1. Поставьте диагноз заболевания по классификации.
2. Какие патогномоничные 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.

Эталон ответа

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, ребенок 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 пищевой соды с поваренной солью, отварами антисептических трав. При лимфадените накладывают полуспиртовой компресс на подчелюстные области или сухую теплую повязку.

Задача 3

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребёнка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°C и появился кашель. При посещении ребёнка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице.

Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия.

При объективном исследовании: температура 38,5°C, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенесшего внебольничную пневмонию?

Эталон ответа

1. Внебольничная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести. ДН0?
2. Предполагаемый диагноз выставлен на основании характерных клинических данных:
 - жалоб на повышение температура тела до 38,5C, появление кашля, вялость;
 - данных анамнеза: переохлаждение;
 - данных общего осмотра: фебрильная лихорадка, тахипноэ с ЧД – 36 в минуту.
 - физических данных: укорочение перкуторного звука справа, выслушивание при аускультации ослабленного дыхания справа.
3. Необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной полости в прямой и боковой проекции, а также лабораторное исследование - клинический анализ крови.

Следует ожидать наличие участков затемнения в проекции пораженных участков правого легкого на рентгенограмме органов грудной полости.

В анализе крови следует ожидать ускорение СОЭ, наличие лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, возможно снижение уровня гемоглобина

В случае подтверждения диагноза показана госпитализация в профильное отделение.

4. Госпитализация желательна, однако учитывая среднюю степень тяжести, ДН0, благополучный биологический и социально-средовой анамнез в данном случае возможно амбулаторное лечение.

В случае отказа от госпитализации организовать стационар на дому. Необходимо зафиксировать данные ребенка в журнале приема больных и отказов в госпитализации (форма 001-у) детской поликлиники; заполнить медицинскую карту стационарного больного (форма 003-у); лист врачебных назначений.

Медицинская сестра педиатрического участка получает медикаменты у главной медицинской сестры согласно листу врачебных назначений и выдает их под расписку родителям ребенка, выполняет назначения врача

Врач ежедневно проводит осмотр пациента на дому до выздоровления. Затем оформляется статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066-у) и листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма 007-у).

Лечение:

1. Постельный режим на период фебрильной лихорадки и выраженной интоксикации. Далее домашний режим по возрастной схеме до выздоровления.

2. Питьевой режим – теплая пища в объеме физиологической потребности + патологические потери (возможны морсы, компоты из сухофруктов).

3. Диета возрастная.

4. Жаропонижающий препарат при повышении температуры тела выше 38,5°C

В качестве жаропонижающего средства возможно назначение ибупрофена.

5. Этиотропное антибактериальное лечение: учитывая характеристики возбудителя внебольничной неосложненной пневмонии, отсутствие в анамнезе использования антибиотиков следует назначить препарат из группы β лактамов амоксициллин, также возможно назначение защищенной формы амоксициллина.

5. Мед.отвод от проф.прививок оформляется на 2 месяца. Вакцинация по заключению иммунолога.

Задача 4

На амбулаторном приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборт, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребенок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,5.

С одного месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3).

Задания

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте группу здоровья.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Назначьте лечение

Эталон ответа

1. Диагноз – витамин Д –дефицитный рахит, средней степени тяжести (II), острое течение, период разгара.

2. В период разгара (период развернутой клинической картины длится от 3 до 6 месяцев) присоединяются выраженные изменения костной, мышечной систем, связочного аппарата, крови. Со стороны костной системы выражены процессы остеомалиции – размягчение краев большого родничка, краниотабес (при остром течении).

3. Резистентность – низкая.

Функциональное состояние – ухудшенное по поведению, мышечная гипотония, рахит, других данных нет.

Группа здоровья – II.

4. Диагноз ставится на основании клинических проявлений и подтверждается определением уровня кальция, фосфора и щелочной фосфатазы крови. Концентрация фосфора может снижаться до 0,65 ммоль/л (норма у детей до 1 года – 1,3-2,3 ммоль/л), содержание общего кальция – до 2,1 ммоль/л (норма – 2,2-2,7 ммоль/л).

На рентгенограммах костей может определяться остеопороз, нарушения в зоне роста виде неровности, бахромчатости, увеличения щели между эпифизом и диафизом и др.

5. Лечение рахита должно быть комплексным, направленным на устранение всех факторов, предрасполагающих к нарушению фосфорно-кальциевого обмена. Различают неспецифические и специфические методы лечения. К неспецифическим мероприятиям относятся:

1. Организация правильного режима дня ребенка с достаточным пребыванием на свежем воздухе.
2. Назначение лечебной физкультуры, массажа, гимнастики, гигиенических и лечебных (солевые, хвойные) ванн.
3. Обеспечение ребенка, больного рахитом, рациональным питанием.

Специфическое лечение включает назначение препаратов витамина D₃. В настоящее время используют водный или масляный раствор холекальциферола, 1 капля которых содержит 500 МЕ витамина D₃. Суточная доза зависит от степени тяжести рахита. При средней степени тяжести – 2000-2500 МЕ в сутки. Лечение проводится до достижения клинико-лабораторной ремиссии (но не более 4-6 недель) под контролем пробы Сулковича (1 раз в 7-10 дней). Лечебная доза витамина D₃, дается ежедневно до появления слабо положительной пробы Сулковича (+). После окончания курса лечения назначают профилактические дозы витамина D₃. Специфическая постнатальная профилактика рахита проводится препаратами витамина D₃ в дозе от 500МЕ в сутки.

Задача 5

Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку.

Мальчику 5 дней жизни. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.

Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5х2,5 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Задания

1. Поставьте диагноз
2. Определите группу здоровья.
3. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
4. Дайте рекомендации маме по режиму на первый месяц жизни.
5. Проведите лечебно-профилактические мероприятия для предотвращения развития тяжелых патологических состояний у данного ребенка.

Эталон ответа

1. Перинатальное поражение центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза, острый период, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Физиологическая желтуха.

2. Группа здоровья II, к которой относятся дети с функциональными отклонениями, сниженной резистентностью, незначительными отклонениями в физическом и нервно-психическом развитии.

3. Группа риска II — дети с риском патологии центральной нервной системы.

Данные анамнеза. Беременность протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Все это обуславливает гипоксически-ишемический характер воздействия на центральную нервную систему плода и новорожденного.

4.Режим:

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)
I	От 1 до 3 мес.	7	3	1 – 1,5	4	2 – 1,5	11

5.Для предотвращения развития тяжелых патологических состояний необходимо провести следующие лечебно-профилактические мероприятия.

- Тщательный уход за кожей.
- Естественное вскармливание.
- Соблюдение гипоаллергенной диеты матерью.
- Охранительный режим.
- Гигиеническая ванна с отварами седативных трав (например, ромашка, мята, корень валерианы) при отсутствии аллергических реакций.
- Массаж исключительно в виде поглаживания, гимнастика, имитирующая физиологические рефлексы.

- Сон на спине в отдельной детской кроватке.
- Лекарственные препараты (например, глицин, гопантеновая кислота) могут быть назначены только после консультации невролога.

Задача 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-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. Попытайтесь 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 7

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, урчание 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 водodefицитным типом обезвоживания II степени.

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

Расчет:

Таким образом: ОЖ=(ФП+ЖВО) =1840 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 водodefицитном - 5-10% раствор глюкозы;

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

- Коллоиды $10\text{-}20 \text{ мл/кг/сут} = 100 \text{ мл/сут}$
- Раствор Рингера – 200 мл/сут

Расчет электролитов

• Физиологическая потребность в калии – старше 3 лет - $1,5 \text{ ммоль/кг/сутки}$, 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 мл 7,5% раствора хлорида калия).

• Физиологическая потребность в кальции – старше 3 лет $0,3 \text{ ммоль/кг/сут}$ 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 мл)

• Физиологическая потребность в Mg – $0,1 \text{ ммоль/кг/сутки}$, 1 мл 25% магния сульфата содержит 1 ммоль магния;

- $0,1 \text{ ммоль} \times 9,2 \text{ кг} = 0,92 \text{ ммоль}$ (0,92 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
 - KCl 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
 - KCl 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 - Нб, Нт, электролиты и КОС крови, удельный вес и электролиты мочи, Т тела.

Задача 8

У девочки 9 лет развились катаральные явления (сухой кашель, слизистые выделения из носа, гиперемия зева), повысилась температура до $37,4^\circ\text{C}$. 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.

Задания

1. Ваш предполагаемый диагноз
2. Какими дополнительными методами исследования можно обосновать диагноз.
3. Проведите дифф. диагностику данного заболевания с ОРВИ.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Назначьте лечение

Эталоны ответов

1. Коклюш, спазматический период.
2. Клинический анализ крови (лейкоцитоз и лимфоцитоз). Эпидемический анамнез, бактериологическое исследование глоточной слизи для выявления коклюшных бактерий (забор тампоном или методом «кашлевых пластинок») или люминисцентно-серологическое исследование глоточной слизи и мокроты.

3. 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.

4. Специфические осложнения: апноэ, нарушение мозгового кровообращения, эмфизема, пневмоторакс.

Неспецифические осложнения: бронхит, пневмония, отит, наслоение интеркуррентных заболеваний, обострение хронической патологии.

5. Лечение на дому.

Режим с обязательными индивидуальными прогулками на свежем воздухе. Оптимальна для прогулок температура от $+10$ до -5°C , 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 9

Мальчику 2 года. Заболел остро: в течение 3 дней повысилась температура, появились кашель, насморк. Лицо стало одутловатым, веки гиперемированы. Слезотечение. Инъецированность склер. Ребенок жил в деревне. К врачу родители не обращались. На 4-й день болезни состояние больного ухудшилось: температура стала выше, усилилась интоксикация, на коже лица, шеи, передней поверхности груди появилась пятнисто-папулезная сыпь, элементы сыпи неправильной формы 2 x 3 мм в диаметре, сливающиеся в области лица. Кожа живота, конечностей, ягодиц чистая. К больному вызван врач.

Из анамнеза известно, что в течение последнего года мальчик болел ОРВИ 4 раза. У ребенка имеются аллергические реакции на некоторые пищевые продукты (рыбу, шоколад, цитрусовые). Для мальчика характерен беспокойный сон и неустойчивый аппетит.

При осмотре врач выявил гиперемию зева. Слизистые щек шероховатые, на них видны единичные, мелкие белесоватые элементы, возвышающиеся над поверхностью. В легких выслушиваются рассеянные хрипы. Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.

В доме, где живет больной, проживают еще четверо детей. Ребенок 4 лет (инфекционными заболеваниями не болел; профилактические прививки не получал в связи с медицинским отводом (врожденный порок сердца). Ребенок 7 лет (сведений о перенесенных заболеваниях нет; известно, что получил все полагающиеся по возрасту прививки, здоров). Ребенок 5 лет (перенес ветряную оспу, дизентерию, часто болеет ОРВИ; профилактические прививки не получал в связи с частыми переездами семьи; в настоящее время здоров). Ребенок 6 лет (перенес корь, ветряную оспу; привит в соответствии с возрастом; здоров).



Задания

1. Поставьте диагноз (заболевание, его период).
2. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите противоэпидемические мероприятия по отношению к больному и всем детям, бывшим с ним в контакте; назовите сроки разобщения их со здоровыми детьми.
5. Расскажите о правилах активной иммунизации детей вакциной против кори.

Эталоны ответа

1. Корь, период высыпаний.
2. Осложнения: специфические (редко) — коревая пневмония, ранний коревой круп, коревой энцефалит; неспецифические (часто) — наслоение бактериальной инфекции

в виде позднего коревого крупа, отита, бактериальной пневмонии, а также обострение хронических соматических заболеваний.

3. Состояние ребенка позволяет оставить его дома. Матери выдать больничный лист по уходу за ребенком до полного его выздоровления (на 5 дней со дня обращения к врачу в случае неосложненной кори и до 10 дней – при осложненной). После этого ребенка следует показать врачу детской поликлиники. Обеспечить хороший гигиенический режим (влажная уборка помещения, проветривание, чистое белье), туалет носоглотки, глаз, кожи. Рациональное питание, обогащенное витаминами. Обильное питье. Симптоматическая терапия. С учетом возраста больного и частых бактериальных осложнений показана антибиотикотерапия.

4. Изоляция больного прекращается через 5 дней. При наличии осложнений - через 10 дней с момента появления сыпи. В течение всего периода изоляции больного не допускать его контакта с детьми, не болевшими корью.

Первому контактному ребенку (4 года) необходимо провести пассивную иммунизацию противокоревым гамма - глобулином (3 мл в/м). Установить для него карантин сроком на 21 день от начала контакта с больным.

Второй ребенок (7 лет) подлежит карантину на 17 дней.

Третьего контактного ребенка (5 лет) следует срочно вакцинировать противокоревой вакциной (не позднее 72 часов после контакта). Установить для него карантин на 17 дней от начала контакта с больным.

Четвертый ребенок (6 лет) разобщению со здоровыми детьми не подлежит. Карантин на него не накладывается.

Дети, находящиеся на карантине, не должны общаться с детьми, не болевшими корью. У них ежедневно следует осматривать зев, кожу, измерять температуру.

5. Вакцины для профилактики кори: ЖКВ, Рувакс, Приорикс, ассоциированная живая вакцина для профилактики кори, эпидемического паротита и краснухи – MMR II. Вакцины перед использованием разводят растворителем из расчета 0,5 мл растворителя на одну дозу вакцины. Введение подкожное (под лопатку или в область плеча. Прививки против кори: в 12 мес. и в 6 лет. Вакцинация против кори может быть проведена одновременно (в один день) с другими календарными прививками (против паротита, краснухи, гепатита В, ОПВ, АКДС, АДС, АДС-М) или через 1 мес. после предшествующей прививки

Задача 10

Оля Ф., 9 лет, заболела остро, с повышением температуры тела до 38,8⁰ С; 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 яркая 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 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 108 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Контакты ребенка с инфекционными больными мать отрицала. Однако при опросе удалось выяснить, что два дня назад в семье отмечали день рождения девочки и было много приезжих родственников.

Назначены клинический анализ крови и общий анализ мочи.



Задания

1. Поставьте диагноз заболевания по классификации.
2. Представьте план наблюдения участковым педиатром за больным.
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?
4. Назначьте план обследования в связи с возможными осложнениями.
5. Назначьте план лечения.

Эталоны ответа

1. Скарлатина, типичная форма, средней тяжести.
2. 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.

3. Изоляция заболевшего на дому или госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям на 22 дня. Оформляется экстренное извещение по форме 058/у.

Карантин на детское учреждение накладывается на 7 дней со дня разобщения с заболевшим ребенком. Дети, не болевшие скарлатиной, не допускаются в детские учреждения в течение 7 дней. Если заболевший скарлатиной лечится на дому, то домашние контакты изолируются на 17 дней.

Выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за ними: осмотр зева, кожи, измерение температуры, документирование результатов осмотра.

Изоляция больных другими формами стрептококковой инфекции в очаге скарлатины (ангина, фарингит, тонзиллит, стрептодермия, панариций и др.) - на 22 дня.

Регулярное проведение текущей и заключительной дезинфекции в очаге. Дезинфекция проводится при помощи двухпроцентного раствора соды и кипячением на протяжении пятнадцати минут всех предметов быта, с которыми имел контакт больной скарлатиной.

Дети, переболевшие скарлатиной, допускаются в детское учреждение через 22 дня от начала заболевания, после сдачи контрольных анализов крови, мочи, а также ЭКГ, консультации кардиолога и ЛОР-врача (в связи с возможностью развития поздних осложнений в периоде реконвалесценции).

□ 4. Обследование в связи с возможными осложнениями 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; ЭКГ, по показаниям - консультации кардиолога и ЛОР-врача.

5. Лечение на дому:

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

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

В периоде реконвалесценции - общеукрепляющие средства и витаминотерапия.

Задача 11

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°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.



Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите особенности сыпи
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании
4. Тактика врача в данном случае. Система наблюдения за ребенком при отказе от госпитализации. Основные принципы лечения.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести при данном заболевании. Когда девочке можно разрешить посещение школы.

Эталоны ответа

1. Скарлатина, типичная форма, средней тяжести.

2. Сыпь появляется на 1–2-й день болезни и носит мелкоточечный характер, располагается на гиперемизированном 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. Ранние осложнения (септического характера) могут проявиться уже в первые дни болезни (на 1-ой неделе): гнойный лимфаденит, отит, мастоидит, пневмония, гнойный плеврит, некротическая ангина.

Поздние осложнения (инфекционно-аллергического характера) выявляются на 2-3 неделе заболевания: поражение почек, сердца, суставов (ревматизм, гломерулонефрит, миокардит). Наслоение других инфекций и обострение хронических соматических заболеваний.

Прогноз: скарлатина является одним из самых коварных заболеваний, так как даже при легком течении болезни могут присоединяться осложнения со стороны сердца, почек, суставов, ЦНС и пр.

4. 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.

Витаминотерапия.

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

В периоде реконвалесценции - общеукрепляющие средства и витаминотерапия.

5. Изоляция заболевшего на дому или госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям на 22 дня. Оформляется экстренное извещение по форме 058/у.

Карантин на детское учреждение накладывается на 7 дней со дня разобщения с заболевшим ребенком. Дети, не болевшие скарлатиной, не допускаются в детские учреждения в течение 7 дней. Если заболевший скарлатиной лечится на дому, то домашние контакты изолируются на 17 дней.

Выявление контактных, взятие их на учет, ежедневное наблюдение за ними: осмотр зева, кожи измерение температуры, документирование результатов осмотра.

Изоляция больных другими формами стрептококковой инфекции в очаге скарлатины (ангина, фарингит, тонзиллит, стрептодермия, панариций и др.) - на 22 дня.

Регулярное проведение текущей и заключительной дезинфекции в очаге. Дезинфекция проводится при помощи двухпроцентного раствора соды и кипячением на протяжении пятнадцати минут всех предметов быта, с которыми имел контакт больной скарлатиной.

Дети, переболевшие скарлатиной, допускаются в детское учреждение через 22 дня от начала заболевания, после сдачи контрольных анализов крови, мочи, а также ЭКГ, консультации кардиолога и ЛОР-врача (в связи с возможностью развития поздних осложнений в периоде реконвалесценции).

ПК-2.

Способен оказать медицинскую помощь пациентам разного возраста в неотложной и экстренной формах.

Задача 1:

Поступил вызов врача «скорой помощи» в 4 часа утра к мальчику 3,5 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,5°C, 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) 1.ОРВИ, ларингит, стеноз гортани II.
- 2) 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.

- 1) 4.Немедленная госпитализация (транспортировка с приподнятой головой).
- 2) 5.Стеноз III степени, пневмония, как результат нарушения вентиляции легких, нейротоксикоз на фоне ОРВИ.

Задача 2:

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, панадол, 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 3:

Вы врач летнего оздоровительного лагеря.

В течение последней недели стояла жаркая сухая погода, с температурой воздуха в дневные часы 29-30°C 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°C);

- 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 дефицитным обезвоживанием, а также при отрицательной динамике клинических проявлений при наблюдении за ребенком в течение 1 часа.

Задача 4:

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 38°C, 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:

1. Диагноз основного заболевания.
2. Критерии диагностики на участке.
3. Тактика участкового педиатра.
4. Принципы обследования, в том числе на дому.
5. Принципы лечения, в том числе на дому.

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

Задача 5:

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:

1. Диагноз основного заболевания.
2. Критерии диагностики на участке.

3. Тактика участкового врача.
4. Клинико-лабораторные исследования и их данные, подтверждающие Ваш диагноз.
5. 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 гипоэхогенных 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 6

Мальчик Сергеев Антон, 14 лет, ученик школы-интерната, пришел на прием в поликлинику в сопровождении школьной медицинской сестры. Жалоб мальчик не предъявляет. Врач осмотрела ребенка последним, мотивируя тем, что первыми осмотр пройдут дети со своего участка, пришедшие с родителями, так как она не хочет плохого отношения со стороны родителей "подопечных" детей, с которыми ей предстоит долго работать.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженные симптомы интоксикации: очень бледный, суборбитальный цианоз, вялый, неразговорчивый. Правильного телосложения, пониженного питания. Пальпируются переднешейные, подключичные, паховые лимфоузлы - эластичные, безболезненные. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие, чистые. В зеве - гипертрофия миндалин II степени, миндалины рыхлые, язык обложен белым налетом у корня. Область сердца при осмотре: виден разлитой верхушечный толчок в V - VI межреберье, здесь же он и пальпируется. Левая граница относительной сердечной тупости на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье. Правая - на 1 см вправо от правого края грудины. Верхняя граница относительной сердечной тупости - во II межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца значительно ослаблены. 1 тон на верхушке приглушен, 2 тон на a.pulmonalis акцентуирован. Во всех точках выслушивается средней интенсивности систолодиастолический шум, в вертикальном положении усиливающийся. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень: левая доля + 2,5 см, правая - + 1,5 см. Селезенка не увеличена. Мочится регулярно, безболезненно. Стул нормальный. В поликлинике срочно сделаны анализы крови, мочи и ЭКГ.

Ан. крови: лейкоцитоз до $14,5 \times 10^9$, нейтрофиллез 85% с п/я сдвигом до 16%, ускорение СОЭ до 47 мм/ч, умеренная гипопроотеинемия (64 г/л), серомукоид 0,4, СРБ++++.

ЭКГ: атрио-вентрикулярная блокада I степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, правильное направление ЭОС, высокий зубец Т, удлинение интервала PQ.

Ребенок воспитывался в диссоциальной семье, родители здоровьем ребенка не интересуются. С 1,5 лет гипертрофия миндалин. В школьном возрасте частые ОРВИ, не-

обоснованные кратковременные подъемы температуры до фебрильных цифр, частые обмороки, раздражительность, плаксивость. Около полугода назад были жалобы на боли в левой руке, усиливавшиеся при движении. Боли прошли самостоятельно.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените данные обследования и обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифф. диагностику?
4. Какова тактика участкового педиатра?
5. Какие мероприятия необходимо предпринять с учетом социального анамнеза данного случая? Укажите нарушения в медицинской этике и деонтологии, допущенные врачом поликлиники.

Эталон ответа

1. Ревматизм I, активная фаза, активность III степени. Ревмокардит (аортит, эндокардит митрального и аортального клапанов, диффузный миокардит).
2. Критерии ревматизма: основной - кардит; дополнительные клинические – ревматическое поражение сердца, утомляемость и т.д.; лабораторные – острые фазовые реакции (повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз, т.д.), удлинение интервала PQ.
3. Инфекционно-аллергический миокардит, тонзиллогенные миокардиодистрофии.
4. Неотложная госпитализация в специализированное отделение.
5. Участковый врач должен попытаться убедить родителей мальчика изменить отношение к его здоровью, т.к. обратное грозит тяжелым прогнозом для здоровья и жизни ребенка. Если убеждения не возымеют силы, следует обратиться в социальные службы и правоохранительные органы с запросом о возможности лишения родителей мальчика родительских прав. Врачом поликлиники были допущены нарушения в системе деонтологии (врач-ребенок) и этики (право ребенка на здоровье).

Задача 7

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.

Задания:

1. Поставьте предварительный 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.

Эталон ответа

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 8

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

Задания:

Последовательность Ваших действия в порядке оказания экстренной помощи.

Эталон ответа

1. Вызвать на себя бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации ребенка предварительно вынув жало и наложив жгут на 5-8 мин.

2. Адреналин 0,5 мл подкожно и обкалывание места укуса адреналином с физ.раствором.

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 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. 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.

2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

3. Ваша тактика при оказании первой и неотложной мед.помощи.

Эталон ответа

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

2. 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 вы-	выраженный	нет	нет	нет

дыхаемом воздухе				
Признаки дегидратации	выраженные	резко выраженные	слабо выраженные	нет
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

3. Вызов бригады скорой помощи на дом.

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

Критерии оценки при решении ситуационных задач.

«5» (отлично) – студент решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по МКБ X, делает назначения по обследованию и правильно оценивает результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.

«4» (хорошо) – студент в целом решает ситуационную задачу, но делает несущественные ошибки в тактике ведения больного и/или обосновании, и/или формулировке диагноза заболевания по МКБ X при оценке результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.

«3» (удовлетворительно) – обучающийся допускает существенные ошибки в порядке обследовании больного ребенка и/или постановке диагноза, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.

«2» (неудовлетворительно) – делает грубые ошибки при назначении клинического и лабораторно-инструментального обследования ребенка, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Не справляется с оценкой полученных результатов обследования ребенка.

КРИТЕРИИ ИТОГОВОЙ ОЦЕНКИ ЗА КУРСОВОЙ ЭКЗАМЕН:

- - оценка **«отлично»** ставится студенту, выполнившему 71% и более заданий в тестовой форме; самостоятельно демонстрирующему мануальные навыки у постели больного; студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на раз-

личных уровнях его представления, владеющему современным стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- - оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала; который ответил на 71% и более заданий в тестовой форме; самостоятельно продемонстрировал мануальные навыки у постели больного, но допустил неточности и самостоятельно их исправил
- - оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении; который ответил на 71% и более заданий в тестовой форме; в целом, владеющему мануальными навыками.
- - оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; который не справился с заданиями в тестовой форме и не продемонстрировал владение мануальными навыками и допустил грубейшие ошибки при их выполнении.

Приложение 2

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»
31.05.02 Педиатрия

№ п\п	Наименование специальных* помеще- ний и помещений для самостоя- тельной работы	Оснащенность специальных помеще- ний и помещений для самостоятель- ной работы
	<i>Учебная комната № 1 (ДП №1 МУЗ ГКБ №6)</i>	<i>Письменный стол, учебные столы, стулья, кушетка, пеленальный стол, медицинские весы, ростомер, рукомой- ник, фонендоскоп, тонометр, термо- метр электронный, набор шпателей одноразовых, измерительная лента, муляж новорожденного ребенка, ноут- бук с доступом в сеть «Интернет», SMART TV.</i>
	<i>Учебная комната № 1 (ДП №2 МУЗ ГКБ №6)</i>	<i>Письменный стол, учебные столы, стулья, пеленальный стол, муляж но- ворожденного ребенка, ноутбук без до- ступа в сеть «Интернет».</i>

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного ти-
па, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ),
групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной атте-
стации, а также помещения для самостоятельной работы.

Приложение 3

Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)

«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

для обучающихся 5, 6 курса,

направление подготовки (специальность)

31.05.02 Педиатрия

форма обучения - **очная**

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

1.МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К СОСТАВЛЕНИЮ РЕФЕРАТА, БЕСЕДЫ, САНБЮЛЛЕТЕНЯ

1. ТРЕБОВАНИЯ К СОСТАВЛЕНИЮ РЕФЕРАТА

Реферат: объем – 8-10 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

Кафедра поликлинической педиатрии и неонатологии

РЕФЕРАТ

Тема...

Подготовили студенты _____ группы педиатрического факультета

ФИО _____

Преподаватель _____

Оценка _____

Тверь 202____

2. Содержание - (разделы с указанием № страниц)

3. Введение – Актуальность проблемы – 1-2 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.

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

5. Заключение (выводы).

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

6. 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 .

7. 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 наверху посередине страницы слова «Приложение» и его №. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой.

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/>

Лекция (беседа, 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.

II. 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.

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 моодёжи. 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 продлен-

ного 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. 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/>
7. 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/>
8. 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/>
9. 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/>

2.СХЕМА КУРАТОРСКОГО ЛИСТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

<u>Дата</u> • Температура тела • ЧСС • ЧДД • Масса и длина тела (для детей до 3-х лет) • АД (для детей старше 9 лет)	<u>Ф.И.О. ребенка, его возраст, адрес.</u> «На дому первично» «На дому повторно» «На дому активно» «На приеме» <u>Жалобы</u> на момент курации: <u>An.vita:</u> <u>An. morbi:</u> <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. <u>Заключение:</u> диагноз (по классификации) или уровень здоровья (по группам). <u>Подпись:</u> полностью фамилия и инициалы, номер группы.	<u>Назначения:</u> • По режиму • Питанию • Медикаментозные • Немедикаментозные • Дополнительные методы обследования (при необходимости) • Лабораторные методы (при необходимости) Дата явки в поликлинику: «Больничный лист выдан _____ (Ф.И.О.) с _____ по _____ число, месяц, год)» или «Больничный лист не нужен»
--	---	---

3.ПРАВИЛА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА В ЛПУ (совместно с куратором)

1. Работа студента проводится на рабочем месте участкового педиатра по согласованию с зав.педиатрическим отделением детской поликлиники и с разрешения зав.детской поликлиникой или зам.глав.врача ГБУЗ.

2. Студент имеет право помогать в проведении обследования пациентов как на приеме, так и на дому, проводить патронажи и заполнять необходимую отчетную медицинскую документацию только при непосредственном контроле прикрепленного куратора от мед.учреждения.

3. График работы студента согласуется с зав.педиатрическим отделением детской поликлиники в соответствии с графиком работы участка, к которому прикреплен студент, но общее время работы не должно превышать 5 часов.

4. Отчетной документацией студента по итогам раздела «На рабочем месте участкового врача» является:

- Подписанный куратором и закрепленный печатью куратора «График работы студента»
- Академический кураторский лист (по одному за каждый день работы)

Зав.каф.поликлинической
педиатрии и неонатологии проф.Ю.А.Алексеева_____

Согласовано: зав.ГБУЗ _____

4.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 здоро-

вья 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:

Таблица 1

Дата	Номер группы	ФИО студентов	Темы студенческих работ	Оценка жюри (в баллах)					Итоговая оценка (в баллах)
				Соответствие реферата требованиям (в баллах от 0 до 2)	Соответствие доклада требованиям (в баллах от 0 до 2)	Соответствие сан. бюллетеня требованиям (в баллах от 0 до 2)	Оценка педагога школы (в баллах от 0 до 2)	Оценка зала (в баллах от 0 до 2)	

5.МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

«ДЕЛОВАЯ ИГРА»

Организация противоэпидемических мероприятий в ДДУ

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 N. 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):

8. Воспитатель детского сада
9. Врач ДДУ
10. Ребенок с клиникой ветряной оспы
11. Медсестра ДДУ
12. Директор ДДУ
13. Зав.пищевым блоком
14. 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.