

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Форма обучения : **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Помощник врача детской поликлиники»
по специальности Педиатрия 31.05.02

Вопросы для текущего контроля:

Перечень практических навыков.

1. Проведение дородового патронажа.
2. Уход за новорожденным ребенком на дому.
3. Организация поддержки грудного вскармливания: ознакомление с техникой, организацией режима и диеты кормящей женщины, профилактика и лечение лактационных кризов.
4. Оценка физического и нервно-психического развития.
5. Определение группы риска и группы здоровья на плановом профилактическом приеме.
6. Подготовка индивидуального графика вакцинопрофилактики.
7. Выбор профилактической или лечебной смеси при различной патологии детей раннего возраста.
8. Индивидуальный подбор поливитаминных препаратов при различной патологии детей раннего, дошкольного и школьного возраста.
9. Направление больных на плановую и экстренную госпитализацию.
10. Ознакомление с оформлением листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.
11. Оформление экстренных извещений. Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.
12. Проведение инъекций в процедурном кабинете - подкожных, внутримышечных, внутривенных.
13. Забор материала из зева при постановке диагноза ангины.
14. Забор материала из испражнений при подозрении на кишечную инфекцию.
15. Алгоритм действий при укусе клеща.
16. Оценка результатов пробы Манту.
17. Выписка рецептов.
18. Заполнение медицинской документации при оформлении в детский сад, школу, оздоровительный лагерь, санаторий.
19. Оформление этапных эпикризов.

20. Проведение санитарно-просветительной работы.

Перечень вопросов к экзамену:

1. Структура, штаты и организация работы городской детской поликлиники. Показатели деятельности детской поликлиники.
2. Основные разделы работы участкового педиатра и их содержание. Учетно-отчетная документация участкового педиатра.
3. Антенатальная охрана плода. Дородовые патронажи. Питание беременных. Профилактика рахита и анемии. Медико-генетическое консультирование.
4. Критерии оценки здоровья детей. Понятие о группах здоровья у детей.
5. Группы здоровья и группы риска новорожденных. Скрининг-программы у новорожденных.
6. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности. Уход за новорожденным. Питание кормящей женщины. Профилактика лактостаза, мастита, гипогалактии. Лечение лактационного криза.
7. Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми на 1-м году жизни.
8. Диспансерное наблюдение за недоношенными детьми на 1-м году жизни.
9. Нервно-психическое развитие детей первого года жизни.
10. Физическое развитие детей первого года жизни.
11. Вскармливание детей первого года жизни. Принципы успешного грудного вскармливания. Прикормы. Классификация адаптированных молочных смесей. Показания к назначению различных лечебных смесей.
12. Питание детей 2-3-го года жизни.
13. Профилактика рахита, анемии. Лечение и диспансерное наблюдение за детьми при рахите, анемии, дистрофии.
14. Диспансерное наблюдение за детьми 2-3 года жизни.
15. Лечение острых заболеваний на дому (ОРИ, ангина, бронхит, пневмония).
16. Лечение острых заболеваний на дому (кишечная инфекция, эксикоз 1 степени). Принципы оральной регидратации.
17. Вакцинопрофилактика. Национальный календарь прививок. Работа вакцинального кабинета поликлиники. Поствакцинальные реакции и осложнения,
18. Лечение детских инфекций на дому (ветряная оспа, корь, краснуха, паротит, коклюш, скарлатина). Противоэпидемические мероприятия в очаге при различных детских инфекциях.
19. Показания к госпитализации при различных заболеваниях. Принципы ведения

больных после выписки из стационара.

20. Оформление детей в детский сад, школу, летний лагерь, санаторий. Подготовка детей к поступлению в ДДУ, школу. Понятие о школьной зрелости.
21. Критерии оценки состояния здоровья и развития детей старшего возраста и подростков.
22. Организация работы подросткового кабинета детской поликлиники. Передача подростков под наблюдение. Психосоматические проблемы и репродуктивное здоровье подростков.
23. Диспансеризация подростков в детской поликлинике. Военно-врачебные и другие комиссии.
24. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями (патология почек, сердечно-сосудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта, эндокринопатиями (сахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз, ожирение).
25. Работа с детьми-инвалидами в детской поликлинике.

Темы научно-исследовательской работы студентов (НИРС).

1. Организация работы кабинета «здорового ребенка».
2. Организация работы дошкольно-школьного отделения.
3. Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники.
4. Особенности течения бронхиальной астмы у дошкольников, диспансерное наблюдение в поликлинике.
5. Сроки введения прикормов у детей первого года жизни.

Перечень рефератов «Помощник врача детской поликлиники».

1. Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторных условиях.
2. Лечение пневмонии в амбулаторных условиях.
3. Лечение инфекционных заболеваний (ветряная оспа, краснуха, корь, инфекционный мононуклеоз, эпидемический паротит) в амбулаторных условиях.
4. Лечение кишечных инфекций в амбулаторных условиях.
5. Лечение инфекций мочевыводящих путей в амбулаторных условиях.
6. Лечение заболеваний ЖКТ в амбулаторных условиях.
7. Лечение гельминтозов у детей.
8. Лечение бронхиальной астмы в амбулаторных условиях.
9. Лечение атопического дерматита в амбулаторных условиях.

10. Лечение железодефицитных анемий в амбулаторных условиях.
11. Лечебное питание при различных заболеваниях детского возраста.
12. Немедикаментозные методы лечения при различных заболеваниях детского возраста.

**Тестовые задания по
по дисциплине « Помощник врача детской поликлиники»
по специальности Педиатрия 31.05.02**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1.СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ РАХИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стертыми и малосимптомными формами болезни 2) преобладание подострого характера 3) дети первого полугодия жизни 4) дети второго полугодия жизни 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>2. НАЗОВИТЕ МЕТАБОЛИТ ВИТАМИНА Д, КОТОРЫЙ ОБРАЗУЕТСЯ В ПОЧКАХ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 25-оксикальциферол 2) 7-дегидрохолестерин 3) 1,25диоксикальциферол 4) 24,25диоксикальциферол 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>3. НА ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН ВЛИЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1,25-дегидрохолекальциферол 2) соматотропный гормон 3) кальцитонин 4) кортикостероиды 5) паратгормон 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>4. ПЕРИОД РАЗГАРА РАХИТА У ДЕТЕЙ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2-3 месяца 2) 3-5 месяцев 3) 5-8 месяцев 4) старше 1 года 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>5. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ РАХИТА ПРЕОБЛАДАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) признаки остеомаляции 2) остеоидной гиперплазии 3) вегетативная дисфункция 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

4) поражение со стороны внутренних органов	ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
6. ДЛЯ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ РАХИТА ХАРАКТЕРНО: 1) быстрое нарастание симптомов 2) преобладание процессов остеомялции 3) наблюдается у детей с низкой массой тела 4) развивается в осенне-зимний период	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
7. ДЛЯ ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ РАХИТА ХАРАКТЕРНО: 1) более медленное течение заболевания 2) преобладание симптомов остеоидной гиперплазии 3) развитие во втором полугодии жизни 4) развитие в первом полугодии жизни 4) чаще развитие в весенне-летний период 5) чаще развитие в осенне-зимний период	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
8. ПОДОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ РАХИТА РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ: 1) с внутриутробной гипотрофией 2) с постнатальной гипотрофией 3) у недоношенных детей 4) у получавших недостаточную дозу витамина Д в первом полугодии 5) все перечисленное	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
9. В ПЕРИОД РАЗГАРА УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ: 1) менее 10 мг% 2) 10 мг% 3) 10-15 мг% 4) выше 15 мг%	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
10. ДЛЯ ПЕРИОДА РАЗГАРА РАХИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ: 1) гипокальциурия 2) гипофосфатурия 3) гиперкальциурия 4) гиперфосфатурия 5) гипокальциемия 6) гипофосфатемия 7) увеличение активности щелочной фосфатазы 8) повышение в крови уровня лимонной кислоты	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
11. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ВИТАМИН Д НАЗНАЧАЕТСЯ: 1) с рождения	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;

<p>2) с 6 месяцев 3) с 1 месяца 4) старше 1 года</p>	<p>ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>12. НАЗОВИТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДОЗУ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ:</p> <p>1) 150-200 МЕ 2) 400-500 МЕ 3) 1000 МЕ 4) 2000-5000МЕ</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>13. ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ:</p> <p>1) 500МЕ 2) 2000-5000МЕ 3) 1000МЕ 4) 10000-15000МЕ</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>14. ДЛЯ РАХИТА ПЕРИОДА РАЗГАРА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА:</p> <p>1) прерывистое уплотнение зон роста 2) нормальная оссификация костей 3) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей 4) прерывистое уплотнение зон роста, расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей 5) прерывистое уплотнение зон роста, нормальная оссификация костей, расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>15. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции; 2) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции, аплазия костного мозга, ювенильные маточные кровотечения у девочек; 3) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции, инфекционные заболевания, ювенильные маточные кровотечения у девочек; 4) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции, инфекционные заболевания;</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>16. АНЕМИЯ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p>

<p>СНИЖЕНИЕМ ГЕМОГЛОБИНА Г/Л</p> <p>1) от 110 – 80 2) от 110 - 85 3) от 110 – 90</p>	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>17.ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В ЖЕЛЕЗЕ</p> <p>1) 0,5 – 1,2 мг/сутки 2) 0,8 – 1,5 мг/сутки 3) 0,3 – 1,2 мг/сутки</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>18. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ;</p> <p>1) 0,1 – 0,3 мг /сутки 2) 0,2 – 0,5 мг /сутки 3) 0,5 – 1,0 мг / сутки</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>19. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1) 0,8 – 1,0 мг /сутки 2) 0,5 – 1,0 мг / сутки 3) 1,0 – 1,5 мг / сутки</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>20. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:</p> <p>1) нарастающая бледность кожных покровов 2) систолический шум с «пунктум максимум» на верхушке 3) лимфоаденопатия 4) утомляемость, раздражительность 5) трофические нарушения кожи, волос, ногтей 6) гектическая лихорадка</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>21. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:</p> <p>1) с гипопластическими анемиями 2) с талассемиями 3) с серповидно-клеточной анемией 4) с анемиями, связанными с нарушением синтеза порфиринов и гемма 5) с приобретенными гемолитическими анемиями</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>22. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ:</p> <p>1) процента насыщения трансферрина 2) уровня сывороточного железа 3) уровня ферритина в сыворотке 4) концентрации гемоглобина в эритроците</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

5) железосвязывающей способности сыворотки крови	
23. ПРИМЕРНО КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ПОЛУЧАЕТ ПЛОД В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ТРИМЕСТРА 1) до 20 мг 2) до 22 мг 3) до 25 мг 4) до 30 мг	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
24. ОТДАЛЕННЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНО ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНЕМИИ: 1) задержка психомоторного развития 2) нарушение когнитивного развития (память, мышления) 3) нарушение мелкой моторики и письма 4) снижение способности к точным наукам 5) хроническая свинцовая интоксикация	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
25. СУТОЧНАЯ ДОЗА СОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: 1) 1-3 мг/кг 2) 3-5 мг/кг 3) 5-6 мг/кг	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
26. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО : 1) 4 недели 2) 5 недель 3) 6 недель	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
27. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) пневмококк 2) геликобактер пилори 3) гемофильная палочка 4) микоплазма 5) ассоциация бактерий и вирусов	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
28. В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ : 1) нарушение диффузии газов 2) дыхательный ацидоз 3) легочная гипертензия, нагрузка на правый отдел сердца 4) снижение сократительной способности миокарда	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

<p>29. ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженные сердечно-сосудистые изменения 2) выраженная дыхательная недостаточность 3) кашель 4) локализованные хрипы 5) степень токсикоза 6) притупление перкуторного звука 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>30. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одышки при физической нагрузке 2) одышки в покое 3) втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области 4) раздуванием крыльев носа 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>31. ДЛЯ СЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) локальность физикальных данных 2) инфильтрация сегментов или доли легкого 3) рестриктивный тип вентиляционной недостаточности 4) повышение температуры тела 5) все перечисленное 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>32. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с 5 до 10 лет 2) с 1 года до 8 лет 3) с 6 мес до 5-7 лет 4) с рождения до 4 лет 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>33. БРОНХИОЛИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первого года жизни 2) до 3-х лет 3) после 3-х лет 4) подросткового периода 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>34. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коровье молоко 2) белок куриного яйца 3) желток куриного яйца 4) рыба 5) манная крупа 6) кукурузная крупа 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>35. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зуд кожи 2) полиморфизм высыпаний 3) возрастная стадийность клинических симптомов 4) все перечисленное 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>36. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРОВОДИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кисломолочными смесями 2) гипоаллергенными смесями 3) смесями на основе полного гидролиза белка 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>37. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ГАИБОЛЕЕ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТСЯ СРЫГИВАНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в первые 2 месяца жизни 2) в первые 2-3 месяца жизни 3) в первые 3-4 месяца жизни 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>38. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЫГИВАНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) после приема пищи 2) встречаются в любое время суток 3) невысокая частота 4) высокая частота срыгиваний 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>39. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пероральный 2) внутримышечный 3) внутривенный 4) интрабронхиальный 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>40. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С МУКОВИСЦИДОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) антибиотиков 2) антигеликобактерных препаратов 3) муколитиков 4) ферментов поджелудочной железы 5) витаминов 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>41. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЛЕГКОГО</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

<p>ИНТЕРМИТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кромогликат натрия 2) антилейкотриеновый препарат 3) ингаляционные кортикостероиды 4) системные кортикостероиды 5) не обязательной 	<p>ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>42. ПРОВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) легкого и среднетяжелого течения 2) тяжелого течения 3) с доказанной аллергенной причиной 4) при малой эффективности фармакотерапии 5) при невозможности элиминировать причинно-значимые аллергены 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>43. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) удушьем 2) экспираторной одышкой 3) инспираторной одышкой 4) цианозом губ, акроцианозом 5) кашлем 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>44. ГДЕ ОБИТАЮТ КЛЕЩИ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в матрацах, подушках 2) на комнатных растениях. 3) в коврах, обивке мебели. 4) в местах хранения зерновых.. 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>45. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стабильная компенсация сахарного диабета 2) профилактика развития кетоацидоза 3) нормальная масса тела 4) диетотерапия 5) физическая нагрузка 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

**Ответы на тестовые задания по факультетской педиатрии
по дисциплине «Помощник врача детской поликлиники»
по специальности Педиатрия 31.05.02**

1) 1, 2, 4;	18) 1;	35) 4;
2) 3, 4;	19) 2;	36) 3;
3) 1, 3, 4, 5;	20) 1, 2, 4, 5;	37) 3;
4) 2, 3;	21) 2, 4;	38) 1, 3 ;
5) 1;	22) 1, 2, 3, 4;	39) 4;
6) 1, 2, 4;	23) 2;	40) 1, 3, 4;
7) 1, 2, 3, 4;	24) 1, 2, 3, 4;	41) 1, 2, 5 ;
8) 5;	25) 1;	42) 1, 3, 5;
9) 1;	26) 1;	43) 1, 2, 5;
10) 1, 2;	27) 1, 3, 4, 5;	44) 1, 3, 5;
11) 1;	28) 1, 2;	45) 1;
12) 3;	29) 1, 2, 5;	
13) 2;	30) 1;	
14) 3;	31) 5;	
15) 3;	32) 3;	
16) 3;	33) 1;	
17) 1;	34) 1, 2, 4, 5	

Ситуационные задачи

Задача № 1

Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. Во время игры у мальчика 3-х лет внезапно появился сухой навязчивый кашель, одышка, преходящий цианоз. Хронических заболеваний у ребенка нет. При осмотре: ребенок возбужден, плачет, в контакт не вступает. Преходящий цианоз. Вдох резко затруднен, шумный. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД 42 в 1 минуту. Над легочными полями перкуторный звук не изменен, дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. АД 85/50 мм рт.ст. Во время осмотра состояние мальчика резко ухудшилось, нарастает вялость, вдох стал прерывистым, быстро нарастает цианоз. Ротоглотка свободна, посторонних предметов нет.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите ведущий патологический синдром.
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. Возможные осложнения, неотложная помощь при развитии осложнений.

Задача № 2

На профилактическом приёме у участкового врача ребёнок 9 месяцев. Масса тела 8900 гр, длина 71 см. Большой родничок 1,5×1,5 см, края неподатливы. Зубов нет. При оценке нервно-психического развития выявлено отставание на 1 эпикризный срок моторных функций, умений и навыков. При осмотре обращало на себя внимание: кожные покровы бледные, значительно выступают лобные и теменные бугры («квадратная» голова), затылок уплощён. Грудная клетка: развёрнута нижняя апертура, на рёбрах «чётки», на запястьях «браслетки», мышечная гипотония. Живот увеличен в размерах, печень пальпируется на 3,5 см из-под края рёберной дуги, отмечаются запоры. Из анамнеза: ребёнок родился в сентябре, раннее искусственное вскармливание, в питании преобладают молочно-крупяные блюда. Дважды болел ОРВИ. Вес при рождении 3300 гр, длина 50 см

Задание:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования можно провести для подтверждения диагноза, ожидаемые результаты.
3. Современные взгляды на витамин Д. Кальциемическая и внекальциемическая роль витамина Д.
4. Классификация рахита.
5. Морфологические изменения в костях при рахите.
6. Какие органы и системы (кроме костной) поражаются при рахите.
7. Современный подход к профилактике рахита.
8. Назначьте лечение. Современные препараты витамина Д. Проведите коррекцию питания.

Задача № 3

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, неадекватной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с гестозом второй половины беременности. На 33-й неделе беременности мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, в питании использовались неадаптированные молочные смеси, в 3,5 месяца введена гречневая каша на коровьем молоке. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 4300 г. В возрасте 6 месяцев лечился по поводу стоматита, дважды (4, 5 месяцев) перенес респираторную инфекцию, лечился амбулаторно. При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 7200 г, длина 67 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные. Мышечный тонус снижен. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные

и лобные бугры, реберные "четки". В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот увеличен в объеме, мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул не устойчивый от 3 до 5 раз в сутки. Отстает в нервно-психическом развитии, не сидит.

Общий анализ крови: Нв - 99 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,1 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Задание

1. Клинический диагноз на момент осмотра? Его обоснование.
2. Факторы риска и возможные причины патологических состояний у ребенка?
3. Какова ежедневная физиологическая потребность детского организма в железе?
4. Основные железосодержащие субстраты организма и их функции.
5. Компоненты пищи, влияющие на феррабсорбцию в кишечнике.
6. Последствия дефицита железа.
7. Антенатальная профилактика анемии и рахита.
8. Назначьте лечение железодефицитной анемии. Проведите коррекцию питания.

Задача №4

Мальчик 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$. На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, "мраморности" кожных покровов, одышки. Назначен ампициллин. Состояние не улучшалось. Ребенка госпитализировали.

При поступлении в больницу масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела $37,9^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, "мраморный" рисунок кожи. Частота дыхания 64 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше справа, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, распластан, выражена "гarrisонова" борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $13,6 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 58%, л - 22%, м - 10%, СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, относительная плотность - 1,010, слизи - нет, эпителия - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 900 ммоль/л (норма - 220-820), кальций - 2,3 ммоль/л, фосфор - 1,1 ммоль/л.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз? Его обоснование.
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. Классификация пневмоний.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз
5. Понятие о внутрибольничных пневмониях.
6. Легочные осложнения пневмонии
7. Особенности деструктивных пневмоний.
8. Назначьте больному лечение.

Задача №5

На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 2 лет с жалобами на нерегулярный стул. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные на 39 неделе. Масса при рождении 3700 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/10. К груди приложен на первые сутки, на грудном вскармливании до 1 года 5 месяцев, прикормы введены по возрасту. В настоящее время в диете большое количество углеводистой пищи (макаронны, печенье), ребенок не любит овощи и фрукты, кушает их нерегулярно, жидкость пьет мало. В весе прибывает достаточно. В 1,5 года ребенок начал посещать ДДУ. Последние 2 месяца мама отмечает урежение частоты дефекации до 2-3 раз в неделю, сопровождающейся болевым синдромом, с последующим отхождением плотного стула в большом количестве.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Ребенок правильного телосложения, достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 25 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 118 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул последний раз 3 дня назад.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV.
2. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
4. Каковы основные причины функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста?
5. Какова нормальная частота дефекации у детей раннего возраста?

6. Назовите наиболее частые причины формирования функциональных запоров у детей раннего возраста.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз функционального запора?
8. Современный подход к коррекции функционального запора - особенности режима дефекации, образа жизни, диетологической коррекции, медикаментозное лечение.

Задача №6

Участковый врач пришел на I патронаж к мальчику 18 дней. Ребенок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях). В 38 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар - 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (амоксциллин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефтриаксоном (в/м 10 дней). Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии, масса тела при выписке 3200кг. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью "Нутрилон -1". Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС -120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

Задание

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Группа здоровья, направленность и степень риска.
3. Чем отличается кожа новорожденного от взрослого, особенности ухода за здоровой кожей новорожденного.
4. Оцените характер вскармливания ребенка на момент осмотра.
5. Можно ли проводить ребенку иммунизацию и в какие сроки?

Задача №7

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчику 5 месяцев. Мама жалуется на то, что ребенок беспокойный, вздрагивает во сне, появилась потливость (кожа головы влажная при кормлении, после прогулки, сна), от памперсов резкий запах аммиака.

Анамнез жизни: Родителям по 22 года, здоровы, беременность I-я с токсикозом и угрозой прерывания I половины (стационарное лечение), роды в 42 недели, стимулированные. Мальчик родился в ноябре с массой тела 3600 г, с длиной – 53 см, оценка по Апгар 8-8

баллов. Выписан из роддома с диагнозом: Здоров. Период новорожденности без особенностей. При осмотре невролога в 3 мес. диагноз: последствия ПП ЦНС, синдром гипервозбудимости, назначен охранительный режим, глицин на 2 недели; на консультации офтальмолога, хирурга и ортопеда отклонений не выявлено.

В анализе крови (в 3 мес.) HGB - 108 г/л, RBC – 4,25x10¹²/л, MCV – 66 фл., MCH – 22 пг., MCHC – 29 г/дл, RDW – 14%, ретикулоциты - 2%.

Находится на грудном вскармливании, последние 10 дней мама начала кормить безмолочной гречневой кашей. Профилактику рахита и анемии не проводили. Прививки поставлены по возрасту, последние в 3,5 месяца.

В 3,5-4 месяца перенес ОРВИ (ринофарингит, легкой степени), лечился дома, купание и прогулки прерывались на 2 недели, сейчас гуляют нерегулярно (по погоде) по 1-1,5 часа в день. В 4 месяца на приеме не были, при патронаже участковая медсестра отметила, что в комнате душно, температура в комнате 26°C. Мать проводит ребенку только легкий массаж, т. к. на проведение комплекса упражнений он реагирует отрицательно.

Осмотр: Ребенок интересуется окружающим, внимательно изучает лицо врача, улыбается, берет игрушку из его рук, играет, иногда пугается и вздрагивает. Со слов матери, узнает ее голос, подолгу гулит, переворачивается со спины на живот, на ножки опирается плохо. Несколько бледноват, кожа влажная, в складках кожи и на лбу единичные папулезные элементы, красный дермографизм, подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно, тургор тканей сохранен, мышечная гипотония. Голова несколько уплощена с правой стороны, облысение затылка, большой родничок 2,5x2,5 см, не напряжен, податливость его краев, а также теменных и затылочной костей вдоль шва. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура развернута, живот несколько увеличен, гипотоничен, умеренно вздут, печень выступает на 1,5 см ниже реберной дуги, мягкая, эластичная. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Длина – 67 см, масса тела 7000 г.

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.

2. Дайте рекомендации на следующий эпикризный срок.

3. Обоснуйте диагноз.

4. Назначьте необходимое обследование и лечение с рецептами.

5. Составьте диету на 1 мес.

Задача №8

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Девочка 9 месяцев 3 дня. Пришли на профилактический прием. Жалоб нет.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-ой беременности, 1-х родов. Беременность протекала на фоне токсикоза 1-й половины (стационарное лечение), носитель цитомегаловирусной инфекции, кандидозный вагинит перед родами, анемия всю беременность. Матери 23 года, студентка. Папе 23 года, студент, работает по ночам. Живут с родителями мамы в 2-х комнатной квартире. Доход не выше прожиточного минимума. Вредных привычек нет. Бабушка болеет сахарным диабетом, глаукома, у дедушки болезнь Крона (всего есть

сведения о 8 родственниках). Роды в сроке 42 недель, 1-й период - 15 часов, 2-й период - 30 минут, безводный – 7 часов, родостимуляция. Масса при рождении 3800 г, рост 55 см, по Апгар 8-9 баллов. Выписан на 5-е сутки. Период новорожденности – без патологии. Находится на искусственном вскармливании в связи с учебной матери. Прикормы введены по возрасту, плохо ест мясо, рыбу не ест. Вакцинация от гепатита проведена в роддоме и в 6 месяцев (Бубококк). Пневмококковая вакцина поставлена в 3 месяца. Вакцинация АКДС + полиомиелит – в возрасте 6 месяцев и 7 месяцев 17 дней.

В 4,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом. На учете не состоит.

Осмотр: Состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые чистые, физиологической окраски, подкожно-жировая клетчатка - 2 см на уровне пупка. Большой родничок 1,5x1,5 см, края плотные. Зубов 4. Перкуторно над легкими - легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное, ЧДД - 32 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, громкие. ЧСС - 124 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Длина - 73 см, масса тела - 9300 г, окружность груди - 48 см, окружность головы - 46 см. Половые органы - по женскому типу. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Ребенок ходит при поддержке за обе руки; действует с предметами по-разному (катает, вынимает в зависимости от свойств), подражает слогам; знает свое имя, на вопрос «где?» находит предметы из массы игрушек; умеет пить из чашки.

1. Дайте полное заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.

2. Какая запись оформляется в форме 112?

3. Рекомендации участкового педиатра с планом наблюдения

4. Назначьте ребенку питание на один день.

5. Составьте индивидуальный календарь прививок с учетом уже поставленных, сроком на один год.

Задача №9

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик 7 месяцев 12 дней. Пришли на профилактический прием 1 ноября. Мать отмечает снижение аппетита.

Анамнез жизни: Мать юная первородящая. Беременность протекала с анемией, гестозом второй половины беременности, курит. Ребенок родился в сроке 32 недели, вследствие преждевременного отхождения околоплодных вод, массой тела 1500 г, длиной 42 см, оценка по Апгар 5-8 баллов. Из роддома переведен в отделение для недоношенных, выписан в возрасте 2-х месяцев с весом 2300 г, диагнозом: Церебральная ишемия 2 степени, двухстороннее ПВК. Вскармливание естественное, введены гречневая каша, кабачковое пюре по 100 г. Привит гепатитной вакциной в 2 месяца и 4 месяца, БЦЖ-М в 2 месяца. Гуляют по 30 минут в день, витамин Д по 1 капле водного раствора в день. ОРИ не болел. Наблюдается у невролога с диагнозом: Последствие ПП ЦНС в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома, субкомпенсированный.

Осмотр: Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, слизистые бледноваты. Масса тела 7100 г, длина – 67 см, окружность головы – 43,5 см, окружность грудной клетки – 42,5 см. Подкожно-жировой слой 1,0 см на уровне пупка, влажный, большой родничок 1,5-1,5 см, края мягкие, не напряжены. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Грудная клетка развернута, гипотония передней брюшной стенки. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 128 уд.в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, полуоформленный, 15 мочеиспусканий за сутки. Моча желтого цвета.

Ребенок поворачивается с живота на спину, стоит; берет игрушки из разных положений; подолгу гулит; отличает чужих от близких.

- 1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.*
- 2. Рекомендации на следующий эпикризный срок.*
- 3. Рекомендации педагогические на месяц.*
- 4. Составьте план вакцинации до года.*
- 5. Составьте меню на 1 месяц.*

Задача №10

На приеме у участкового педиатра ребенок 10 месяцев. У мамы много молока, поэтому до настоящего времени ребенка кормят преимущественно грудным молоком, изредка дают соки, яичный желток, творог. Ребенок вялый, капризный, кожа и слизистые бледные. Из анамнеза известно: до настоящего времени 3 раза перенес острые респираторные заболевания, болел всегда тяжело, по 2-3 недели, один раз госпитализировался в стационар.

При диспансеризации выявлены следующие показатели крови: гемоглобин (HGB)– 90 г/л, Эритроциты (RBC) $3,5 \times 10^{12}/л$, величина среднего объема эритроцита (MCV) 76 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCHC) 24 пг, степень анизоцитоза (RDW) 12 %.

Задание:

- 1. О каком заболевании следует думать? Проведите дифференциальную диагностику.*
- 2. Назначьте лечение.*
- 3. Оцените Физическое развитие. (Длина 74см, масса тела 9600кг)*
- 4. Назначьте питание ребенку на один день .*
- 5. Диспансеризация ребенка на педиатрическом участке, критерии снятия с учета.*