

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

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ
ПОДРОСТКОВАЯ МЕДИЦИНА

Специальность: 31.08.19 Педиатрия

Кафедра: кафедра педиатрии им. Ф.Д.Агафонова

Форма обучения: очная

Владимир
2023

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Подростковая медицина» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-4, ПК-5	Текущий,	Раздел 1. Отдельные нозологии в подростковом возрасте. Раздел 2. Формирование здорового образа жизни у подростков.	Тесты, Ситуационные задачи, Собеседование
	Промежуточная аттестация	Раздел 1. Отдельные нозологии в подростковом возрасте.	Тесты

		Раздел 2. Формирование здорового образа жизни у подростков.	
--	--	--	--

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий, ситуационных задач и собеседования.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: ПК-4, ПК-5

.Тестовые задания

1. ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ?

1. антацидов, антисекреторных препаратов
2. антацидов, трихопола
3. де-нола, антибиотиков, антисекреторных препаратов*
4. цитопротекторов, трихопола

2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. горечь во рту
2. гиперацидность
3. обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке*
4. рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи

3. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ:

1. 95 и 99
2. 10 и 90
3. 10 и 50
4. 90 и 95*

4. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫМ?

1. Бактериальная ангина
2. Ретинобластома
3. Сахарный диабет*
4. Синдром Дауна
5. Фенилкетонурия

5. В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. липосакцию
2. анорексигенные препараты
3. метод бандажирования желудка
4. диетотерапию*

6. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ПОЯВЛЕНИЯ МЕНАРХЕ У ДЕВУШЕК КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:

1. от 12 до 14 лет*
2. от 10 до 12 лет

3. от 8 до 10 лет
4. от 13 до 16 лет

7. СКЛОННОСТЬ ПОДРОСТКОВ К ПОЯВЛЕНИЮ АКНЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. активацией системы гипоталамус-гипофиз
2. изменением функциональной активности щитовидной железы
3. влиянием половых гормонов*
4. повышением продукции АКТГ

8. ПУБЕРТАТНОЕ УСКОРЕНИЕ РОСТА У МАЛЬЧИКОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ:

1. 13-15 лет*
2. 11-13 лет
3. 10-12 лет
4. 14-16 лет

9. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН:

1. полной АВ-блокады*
2. мерцательной аритмии
3. суправентрикулярной экстрасистолии
4. суправентрикулярной тахикардии

10. ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ОПРОСА, ОСМОТРА, МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ В СЛУЧАЕ:

1. присутствия любого родственника (в т.ч. бабушки, дедушки, тети, дяди)
2. отсутствия родственников и законных представителей
3. присутствия законного представителя ребенка*
4. все перечисленное верно

11. ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ АНАЛИЗ НА:

1. сахар*
2. протромбин
3. билирубин
4. креатинин

12. КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ PH ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У ПОДРОСТКОВ:

1. запоры
2. тошачковые боли в эпигастральной области*
3. боли при дефекации
4. дисфагия

13. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. частота сердечных сокращений 140 в минуту
2. частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений*
3. перебои (выпадения) сердечных сокращений
4. дизритмичность сердечных сокращений

14. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ:

1. повышение стрессовых факторов
2. увеличение школьных нагрузок
3. навязывание социумом стандартов
4. все перечисленное верно*

15. ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, А ТАКЖЕ ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

1. своевременной вакцинопрофилактикой
2. предотвращением переохлаждения
3. отсутствие раннего начала половой жизни
4. все перечисленное верно*

16. С КАКОГО ВОЗРАСТА РЕБЕНОК МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПОДПИСЫВАТЬ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:

1. с 14-ти лет
2. с 15-ти лет*
3. с 17-ти лет
4. с 18-ти лет

17. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:

1. гипертрофия левого желудочка
2. увеличение полостей желудочков*
3. гипертрофия правого желудочка
4. гипертрофия межжелудочковой перегородки

18. БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12 – ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. постоянным характером
2. мойнигановским ритмом
3. беспорядочным появлением боли*
4. появлением боли в утренние часы

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недостаточное поступление железа с пищей
2. нарушение всасывания железа
3. хроническая кровопотеря*
4. авитаминоз

20. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности эзофагокардиального отдела*
2. спастическом запоре
3. нарушении функций пилорического сфинктера
4. дисфункции билиарного тракта

21. ГОРМОНАМИ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. соматотропный гормон
2. гормоны щитовидной железы
3. андрогены надпочечников и тестикул
4. все перечисленное*

22. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. измерение артериального давления на ногах
2. ультразвуковое исследование сосудов почек
3. ренальная ангиография
4. внутривенная урография*

23. ЗА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АТАКУ РЕВМАТИЗМА, В ПОЛИКЛИНИКЕ ОТВЕЧАЮТ:

1. физиотерапевт
2. участковый педиатр*
3. ЛОР-специалист
4. врач ЛФК

24. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ ОРГАНИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ:

1. увеличение миндалин с разрастанием в них соединительной ткани
2. усиление гуморального звена иммунитета и подавление клеточного звена
3. подавление гуморального звена иммунитета и усиление клеточного звена
4. уменьшение массы лимфоидной ткани*

25. ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. жидкий стул, боли в животе, возбуждение
2. боли в животе, жидкий стул, головная боль
3. головная боль, сонливость, боли в животе
4. головная боль, боли в животе, ацетонурия, сонливость*

26. ПРИЧИНА УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА:

1. увеличение силы дыхательной мускулатуры
2. уменьшение контактов с вирусными агентами
3. увеличение просвета бронхов*
4. уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева

27. У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ РВОТА, ТЕМПЕРАТУРА 39°C. УРЕЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ. В МОЧЕ СЛЕДОВАНИЯ ПРОТЕИНУРИЯ, ЭРИТРОЦИТУРИЯ ИЗОМОРФНАЯ ДО 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ДО 150 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, БАКТЕРИУРИЯ ВСЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. нефротический синдром
2. острый гломерулонефрит
3. острый пиелонефрит*
4. острый цистит

28. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. массивная протеинурия, незначительная эритроцитурия, лейкоцитурия, гипоальбуминурия, артериальная гипертензия
2. умеренная протеинурия, макрогематурия дисморфная, диспротеинемия, артериальная гипертензия, отеки*
3. массивная протеинурия, незначительная эритроцитурия, лейкоцитурия, гипоальбуминурия, артериальная гипертензия, отеки
4. лейкоцитурия все поля зрения, бактериурия, синдром интоксикации, незначительная протеинурия, олигурия

29. У ДЕВОЧКИ 14 ЛЕТ ВЫСОКОРОСЛОСТЬ, БУЛИМИЯ, ЖАЖДА, ОЖИРЕНИЕ III СТЕПЕНИ, РОЗОВЫЕ СТРИИ НА КОЖЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, БЕДЕР, ПЛЕЧ, ЖИВОТА. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - 140/80 ММ.РТ.СТ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. конституционально-экзогенное ожирение
2. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена*
3. вегетодистония
4. вазоренальная гипертензия

30. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ СВЯЗАНЫ С:

1. психосоциальная незрелость*
2. склонность к рискованному поведению
3. асоциальность поведения
4. персональный миф

4.2 Ситуационные задачи для оценки компетенции ПК-4, ПК-.
Ситуационная задача 1.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг. При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диффузный токсический зоб, 2 степени, манифестная стадия, фаза декомпенсации.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценены степень и/или стадия заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз диффузного токсического зоба (ДТЗ) установлен на основании анамнеза заболевания: похудание за последние 6 мес, данных объективного осмотра: увеличение щитовидной железы, тахикардия, усиление сердечных тонов, систолический шум, увеличение пульсового давления (повышение систолического и снижение диастолического), мелкий тремор пальцев вытянутых рук, общий гипергидроз, повышение кожной температуры.</p> <p>ДТЗ 2 степени, потому что зоб четко виден при нормальном положении шеи.</p> <p>Манифестная стадия и фаза декомпенсации подтверждаются выраженными клиническими симптомами гипертиреоза: тахикардия, усиление сердечных тонов, увеличение пульсового давления, тремор пальцев рук, общий гипергидроз, повышение кожной температуры, похудение.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование степени и/или стадии заболевания.</p> <p>или</p> <p>Обоснование степени и/или стадии заболевания дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте план дополнительные исследования для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты.
Э	-	<p>Общий анализ крови ОАК – повышение уровня Нв и Эр в результате непосредственного влияния тиреоидных гормонов на костный мозг и за счет повышенной продукции эритропоэтина,</p> <p>Определение уровня тиреоидных гормонов (Т3, Т4 - повышены) и тиреотропного гормона (ТТГ – резко снижен) сыворотки крови,</p> <p>Тиреостимулирующие АТ (АТ к рецептору ТТГ – повышен)</p> <p>УЗИ щитовидной железы – увеличение щитовидной железы,</p> <p>ЭКГ – синусовая тахикардия,</p> <p>ЭХО-КГ – исключение кардита</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако не обозначены ожидаемые результаты</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или ожидаемые результаты для одного или двух назначенных методов обследования даны не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Ожидаемые результаты трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания, с учетом клиники у пациента.
Э	-	<p>Вегето-сосудистая дистония: гипергидроз, как правило, местный, дистальный, ладони холодные. Тремор пальцев рук - крупный, размашистый, проходит при отвлечении внимания больного.</p> <p>Лабильность пульса. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ сыворотки.</p> <p>Кардит: нет увеличения пульсового давления, тоны сердца приглушены. Есть признаки недостаточности кровообращения, нет увеличения щитовидной железы. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ.</p> <p>Эндемического зоб выставляется в эндемичном по зобу йоддефицитном регионе. Клинически отмечается чаще эутиреоидное или гипотиреоидное состояние щитовидной железы, узловатая патология (по УЗИ).</p> <p>Хронический аутоиммунный тиреоидит в гипертиреоидной фазе протекает с минимальными клиническими изменениями, щитовидная железа уплотнена пальпаторно, на УЗИ неоднородность и «тяжистость» структуры щитовидной железы, повышение титра антитиреоидных АТ к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) и тиреоглобулину (АТ к ТГ).</p>
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен полностью и верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен частично: диф. диагноз не проведен с одним или двумя заболеваниями из списка.
P0	-	Дифференциальный диагноз не проведен ни с одним из заболеваний из списка.
B	5	Терапевтическая тактика у данного больного. Обоснуйте Ваш выбор.

Э	-	Показано назначение тиреостатической терапия (группа имидазола – тирозол) в сочетании с антиадренергическими препаратами (b-адреноблокаторы, неселективные (анаприлин, обзидан)– кроме воздействия на ССС, нарушают метаболизм Т4 в Т3) Пациенту: $СД = 0,3 \text{ мг} * 30 \text{ кг} = 10 \text{ мг/сут}$, значит по 1 таб (5 мг) * 2 р/д – до нормализации уровня гормонов ЩЖ. Далее – снижение до поддерживающей дозы (1,25 – 2,5 – 5 мг/сут) – в течение 4-5 лет; Анаприлин - 1 мг/кг в сутки нашему больному $СД = 1 \text{ мг} * 30 \text{ кг} = 30 \text{ мг/сут}$, значит по 1 таб (10 мг) * 3 р/д - до нормализации уровня гормонов.
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика лечения пациента выбрана полностью неверно.

Ситуационная задача 2.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
---	---	---

У	-	<p>Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.</p> <p>Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался.</p> <p>На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней.</p> <p>В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст.</p> <p>На втором приёме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт. ст. (95-й перцентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт. ст.). Рекомендовано провести обследование.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок.</p> <p>Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.</p> <p>При осмотре. Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно.</p> <p>Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту.</p> <p>Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.</p> <p>ЭКГ – вариант возрастной нормы.</p> <p>ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Первичная артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск, осложненная кризовым течением 1 типа. Синдром вегето-сосудистой дисфункции по смешанному типу.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена (синдром вегетативной дисфункции).
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте, поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании жалоб на нестабильное артериальное давление (от 120/70 мм рт. ст до 150/80 мм рт. ст), на головные боли в течение последних трех месяцев. Способствовало возникновению артериальной гипертензии пубертатный период с развитием синдрома вегетососудистой дисфункцией, началом курения и наследственная отягощенность по АГ по линии отца. АГ 2 степени ставится на основании центильной оценки роста, пола и возраста. В возрасте 15 лет имеет рост 178 см (90 перцентиль). При таком центильном росте уровень систолического артериального давления 150/80 мм (измеренный трижды) превышает 99 перцентиль (142/93) на 8 мм, что свидетельствует о 2 степени АГ. Вторая степень АГ у подростков всегда свидетельствует о высоком риске (подтверждение этому – курение подростка и его отца, наследственная отягощенность по АГ по линии отца, возникновении кризового течения, данных метаболического исследования не приведено). В пользу синдрома вегетососудистой дисфункции по смешанному типу говорит возникновение симптомов в пубертатный период с высокими темпами роста, изменения привычек - не гуляет, много занимается с компьютером, изменения в поведении пациента, появлении гипергидроза, угреватой сыпи, стойкого красного дермографизма (свидетельствует о ваготоническом компоненте дисфункции), но наличие артериальной гипертензии, склонности к тахикардии свидетельствует и о симпатикотонии).</p>
P2	-	Ответ обоснован верно.
P1	-	Ответ обоснован не полностью: отсутствует обоснование 2 степени артериальной гипертензии и нет оценки риска.
P0	-	Ответ обоснован полностью неверно (без учета центильной оценки роста и уровня давления., отсутствует обоснование 2 степени артериальной гипертензии и нет оценки риска.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента

Э	-	<p>Проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД</p> <p>Оценка состояния вегетативной нервной системы должна проводиться с помощью клинических таблиц для оценки исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности по данным кардиоинтервалографии и вегетативного обеспечения деятельности по результатам клинортогостатической пробы.</p> <p>Осмотр глазного дна позволяет обнаружить изменения, связанные с повышением АД: сужение и извитость мелких артерий, возможно расширение вен глазного дна.</p> <p>Проба с дозированной физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил-тест. Обязательно пробу надо проводить при определении рекомендуемого уровня физической нагрузки.</p> <p>Реоэнцефалография позволяет выявить характер изменения сосудистого тонуса в церебральных сосудах, состояние венозного оттока.</p> <p>Допплер-Ультразвуковое исследование почек в сочетании с анализами мочи должно обязательно проводиться для исключения почечного генеза АГ, при необходимости проводится экскреторная урография.</p> <p>Лабораторная диагностика:</p> <p>биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинин, глюкоза);</p> <p>определение липидного спектра крови: холестерина, триглицеридов; холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности;</p> <p>определение уровня катехоламинов (адреналин, норадреналин, метанефрины, ванилилминдальная кислота);</p> <p>оценка активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (определение уровня ренина, ангиотензина и альдостерона).</p> <p>Показана консультация невролога</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. назначения данного обследования
P0	-	Не названы многие инструментальные исследования (Допплехография почек, оценка вегетативного тонуса, РЭГ, не указаны многие лабораторные тесты, нет назначения консультации невролога.
В	4	Назначьте подростку лечение.

Э	-	<p>Немедикаментозное лечение (режим дня, адекватная физическая нагрузка, компьютер не более 1,5 час, диетотерапия и потребление соли (4-5 г/с).</p> <p>Лечение вегетативных нарушений (ФТО - Электрофорез, Электросон (10гц), массаж, психотерапия, ИРТ, психофизиологический тренинг), водные процедуры - ванны (углекислые, сульфидные, жемчужные), душ (Шарко, циркулярный, веерный).</p> <p>Отсутствие эффекта от немедикаментозной терапии в течение 1 месяца подключают медикаментозную негипотензивную терапию (фитотерапию, базисную – сосудистые, ноотропы, транквилизаторы (в зависимости от типа вегетодисфункции, например фенибут.</p> <p>Перед началом гипотензивной терапии желательно проведение СМАД. Если при СМАД обнаружено, что ИВ АГ в дневное или ночное время > 50%, то это служит показанием к назначению медикаментозного лечения. Если ИВ АГ < 50%, целесообразно продолжить немедикаментозную терапию</p> <p>Из гипотензивных препаратов в начале монотерапия - ингибиторы АПФ (эналаприл или рамиприл - доза титруется индивидуально.) Выбор препарата основан на их нефропротективных и кардиопротективных свойствах, снижают как САД, так ДАД, могут использоваться при тахи- и брадикардии, не влияют на мышечную активность. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II (лозартан 25-50 мг/с за 1 прием) назначают только при непереносимости ИАПФ.</p> <p>При недостаточном эффекте от лечения – подключают второй препарат – индапамид ретард 1,5 мг/с</p> <p>Длительность гипотензивной терапии – не менее 3 мес</p>
P2	-	Ответ дан верно
P1	-	Ответ не полный – не учтено наличие синдрома вегетососудистой дисфункции
P0	-	Ответ неверный- назначена только гипотензивная терапия

Ситуационная задача 3.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
---	---	---

У	-	<p>Мальчик, 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, тяжесть в эпигастральной области, отрыжку. Из анамнеза известно, что родители и родная младшая сестра мальчика имеют избыточный вес. В семье много употребляют сладкого, жирного, копченого и мучного. Ведут малоподвижный образ жизни.</p> <p>Ребенок от 2-й беременности, 2-х родов в срок, без патологии. Масса тела при рождении 3200 г, длина 52 см. Период новорожденности без особенностей. На искусственном вскармливании, прикормы введены по возрасту, весовые прибавки на первом году жизни избыточные.</p> <p>Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС — 95 ударов в мин, дыхание — 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см. Мочится достаточно. Склонность к запорам.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Конституционально-экзогенное ожирение III степени, неосложненная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена (синдром вегетативной дисфункции)
В	2	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	<p>Определить уровень физического развития, ИМТ.</p> <p>Лабораторное обследование: общий анализ крови и мочи; биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы, холестерина, ЛПВН, ЛПНП, триглицериды, ТТГ, Т4 и Т3, пролактин.</p> <p>Инструментальные методы: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ ОБП, ФГДС.</p> <p>Консультация специалистов: офтальмолог, эндокринолог, диетолог, гастроэнтеролог.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. назначения данного обследования
P0	-	Не названы многие инструментальные исследования (Допплезхография почек, оценка вегетативного тонуса, РЭГ, не указаны многие л
В	3	Терапевтическая тактика у данного больного. Обоснуйте Ваш выбор.

Э	-	<p>При лечении ожирения поэтапно решаются следующие задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стабилизация веса (нет нарастания ИМТ). 2. Снижение ИМТ на фоне модификации образа жизни с целью снизить риск развития осложнений. 3. Снижение ИМТ на 10% от исходной величины с явным снижением факторов риска. 4. Нормализация массы тела. <p>Немедикаментозное лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Питание. Для уменьшения калорийности питания рекомендуется ограничение потребления пищи с высокой энергетической плотностью (включая пищу, содержащую животные жиры, другие продукты с высоким содержанием жиров, кондитерские изделия, сладкие напитки и т.д.) и выбор пищи с низкой энергетической плотностью (например, крупы, фрукты, овощи); прекращение употребления пищи быстрого приготовления и продукции сетей быстрого питания. Для снижения веса должен быть достигнут дефицит калорий около 30% от общей калорийности. Этой цели можно достичь, рекомендуя пациенту оставлять 1/3 часть порции на тарелке при каждом приеме пищи. Питание по возможности должно быть частым и дробным (через каждые 2,5–3 часа) небольшими порциями. Пациенту рекомендуется есть медленно (пережевывая каждый кусок пищи не менее 20 раз). Последний прием пищи рекомендуется не позднее, чем за 3 часа до сна. Целесообразен контроль стимулов (удаление или ограничение событий/привычных действий, приводящих к перееданию). 2. Питьевой режим. При использовании гипокалорийной диеты рекомендуется употребление воды перед каждым основным приемом пищи, это способствует потере веса. В среднем употребление 200 мл воды перед каждым основным приемом пищи способствует на 44% большему снижению веса в течение 12 недель, чем стандартный питьевой режим. Адекватное потребление питьевой воды может способствовать дополнительной потере веса. Регулярное потребление 10 мл/кг холодной воды может привести к потере веса около 1.2 кг/год. Этот эффект достигается главным образом за счет увеличения расхода энергии в состоянии покоя. 3. Физическая активность. Модификация физической активности является важным компонентом терапии ожирения, поскольку оказывает доказанный эффект на долгосрочное снижение массы тела – играет важную роль в предотвращении дальнейшей прибавки веса, в том числе и после лечения – положительно влияет на здоровье и качество жизни пациента вне зависимости от его веса. Для профилактики ожирения и гиподинамии, а также с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений необходимо по крайней мере 1 час 30 мин. в неделю аэробной физической активности умеренной интенсивности. Физические нагрузки рекомендуются по принципу «начинаем с малого, наращиваем постепенно»: могут быть одноразовыми или прерывистыми – начинают с ходьбы по 30 минут 3 дня в неделю – увеличивают до 45 минут 5 и более дней в неделю – такие положительные изменения в стиле жизни всячески поощряются. Обязательно ведение дневника питания, изменения веса и физической активности.
---	---	--

P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика лечения пациента выбрана полностью неверно.

4.3. Вопросы для собеседования для оценки компетенции ПК-4, ПК-5

1. Проблемы пубертатного периода. Психо-социальное и биологическое созревание.
2. Влияние вредных привычек таких как, курения, алкоголя, наркотиков на развитие ребенка.
3. Алгоритмы обследований и организации лечения подростков.
4. Воспитание санитарно-гигиенической культуры у детей подросткового возраста.
5. Ожирение в подростковом возрасте, факторы развития, тактика терапии.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых задания к зачету и других материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Подростковая медицина»

Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО <i>HELICOBACTER PYLORI</i> ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антацидов, антисекреторных препаратов 2. антацидов, трихопола 3. де-нола, антибиотиков, антисекреторных препаратов* 4. цитопротекторов, трихопола <p>2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. горечь во рту 2. гиперацидность 3. обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке* 4. рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи <p>3. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 95 и 99 2. 10 и 90 3. 10 и 50 4. 90 и 95* 	

4. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫМ?

1. Бактериальная ангина
2. Ретинобластома
3. Сахарный диабет*
4. Синдром Дауна
5. Фенилкетонурия

5. В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. липосакцию
2. анорексигенные препараты
3. метод бандажирования желудка
4. диетотерапию*

6. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ПОЯВЛЕНИЯ МЕНАРХЕ У ДЕВУШЕК КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:

1. от 12 до 14 лет*
2. от 10 до 12 лет
3. от 8 до 10 лет
4. от 13 до 16 лет

7. СКЛОННОСТЬ ПОДРОСТКОВ К ПОЯВЛЕНИЮ АКНЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. активацией системы гипоталамус-гипофиз
2. изменением функциональной активности щитовидной железы
3. влиянием половых гормонов*
4. повышением продукции АКТГ

8. ПУБЕРТАТНОЕ УСКОРЕНИЕ РОСТА У МАЛЬЧИКОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ:

1. 13-15 лет*
2. 11-13 лет
3. 10-12 лет
4. 14-16 лет

9. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН:

1. полной АВ-блокады*
2. мерцательной аритмии
3. суправентрикулярной экстрасистолии
4. суправентрикулярной тахикардии

10. ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ОПРОСА, ОСМОТРА, МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ В СЛУЧАЕ:

1. присутствия любого родственника (в т.ч. бабушки, дедушки, тети, дяди)
2. отсутствия родственников и законных представителей
3. присутствия законного представителя ребенка*
4. все перечисленное верно

<p>11. ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ АНАЛИЗ НА:</p> <ol style="list-style-type: none">1. сахар*2. протромбин3. билирубин4. креатинин <p>12. КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ PH ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У ПОДРОСТКОВ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. запоры2. тошачковые боли в эпигастральной области*3. боли при дефекации4. дисфагия <p>13. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. частота сердечных сокращений 140 в минуту2. частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений*3. перебои (выпадения) сердечных сокращений4. дизритмичность сердечных сокращений <p>14. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. повышение стрессовых факторов2. увеличение школьных нагрузок3. навязывание социумом стандартов4. все перечисленное верно* <p>15. ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, А ТАКЖЕ ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. своевременной вакцинопрофилактикой2. предотвращением переохлаждения3. отсутствие раннего начала половой жизни4. все перечисленное верно* <p>16. С КАКОГО ВОЗРАСТА РЕБЕНОК МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПОДПИСЫВАТЬ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. с 14-ти лет2. с 15-ти лет*3. с 17-ти лет4. с 18-ти лет <p>17. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none">1. гипертрофия левого желудочка2. увеличение полостей желудочков*	
--	--

3. гипертрофия правого желудочка
4. гипертрофия межжелудочковой перегородки

18. БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12 – ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. постоянным характером
2. мойнигановским ритмом
3. беспорядочным появлением боли*
4. появлением боли в утренние часы

19 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недостаточное поступление железа с пищей
2. нарушение всасывания железа
3. хроническая кровопотеря*
4. авитаминоз

20 ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности эзофагокардиального отдела*
2. спастическом запоре
3. нарушении функций пилорического сфинктера
4. дисфункции билиарного тракта

21. ГОРМОНАМИ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. соматотропный гормон
2. гормоны щитовидной железы
3. андрогены надпочечников и тестисов
4. все перечисленное*

22. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. измерение артериального давления на ногах
2. ультразвуковое исследование сосудов почек
3. ренальная ангиография
4. внутривенная урография*

23. ЗА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АТАКУ РЕВМАТИЗМА, В ПОЛИКЛИНИКЕ ОТВЕЧАЮТ:

1. физиотерапевт
2. участковый педиатр*
3. ЛОР-специалист
4. врач ЛФК

24. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ ОРГАНИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ:

1. увеличение миндалин с разрастанием в них соединительной ткани
2. усиление гуморального звена иммунитета и подавление клеточного звена
3. подавление гуморального звена иммунитета и усиление клеточного звена
4. уменьшение массы лимфоидной ткани*

25. ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. жидкий стул, боли в животе, возбуждение
2. боли в животе, жидкий стул, головная боль
3. головная боль, сонливость, боли в животе
4. головная боль, боли в животе, ацетонурия, сонливость*

26. ПРИЧИНА УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА:

1. увеличение силы дыхательной мускулатуры
2. уменьшение контактов с вирусными агентами
3. увеличение просвета бронхов*
4. уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева

27. У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ РВОТА, ТЕМПЕРАТУРА 39°C. УРЕЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ. В МОЧЕ СЛЕДОВАНИЯ ПРОТЕИНУРИЯ, ЭРИТРОЦИТУРИЯ ИЗОМОРФНАЯ ДО 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ДО 150 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, БАКТЕРИУРИЯ ВСЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. нефротический синдром
2. острый гломерулонефрит
3. острый пиелонефрит*
4. острый цистит

28. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. массивная протеинурия, незначительная эритроцитурия, лейкоцитурия, гипоальбуминурия, артериальная гипертензия
2. умеренная протеинурия, макрогематурия дисморфная, диспротеинемия, артериальная гипертензия, отеки*
3. массивная протеинурия, незначительная эритроцитурия, лейкоцитурия, гипоальбуминурия, артериальная гипертензия, отеки
4. лейкоцитурия все поля зрения, бактериурия, синдром интоксикации, незначительная протеинурия, олигурия

29. У ДЕВОЧКИ 14 ЛЕТ ВЫСОКОРОСЛОСТЬ, БУЛИМИЯ, ЖАЖДА, ОЖИРЕНИЕ III СТЕПЕНИ, РОЗОВЫЕ СТРИИ НА КОЖЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, БЕДЕР, ПЛЕЧ, ЖИВОТА. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - 140/80 ММ.РТ.СТ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. конституционально-экзогенное ожирение
2. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена*

3. вегетодистония 4. вазоренальная гипертензия 30. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ СВЯЗАНЫ С: 1. психосоциальная незрелость* 2. склонность к рискованному поведению 3. асоциальность поведения	
---	--

6. Критерии и оценивания знаний обучающихся

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)
Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Федулова Эльвира Николаевна, д.м.н., доцент, зав. кафедрой педиатрии
им.Ф.Д.Агафонова

Застело Елена Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры педиатрии им.Ф.Д.Агафонова