



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Педиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология
Квалификация	врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Дмитриев	д-р мед. наук, проф.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии
В.И. Петрова	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
И.Н. Лебедева	К.м.н.	ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В.Дмитриевой»	Главный врач ГБУ РО «ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой», главный внештатный педиатр, к.м.н.

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Стоматология
Протокол № 7 от 26.06. 2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06. 2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. Клинические варианты геморрагической болезни новорожденного не включают

- 1) врожденную
- 2) раннюю
- 3) позднюю
- 4) классическую

2. Количество тромбоцитов у здорового ребенка составляет _____ X10³

- A) 100-150
- Б) 50-100
- В) 300-450
- Г) 150-300

3. Содержание гемоглобина в крови сразу после рождения ребенка в среднем составляет:

- A) 180 – 240 г/л
- Б) 100 – 130 г/л
- В) 130 – 160 г/л
- Г) 240 – 280 г/л.

Критерии оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Рахит у детей, причины, клиника, диагностика, профилактика.
2. Шигиллез у детей, причины, клиника, методы диагностики, основные противоэпидемические мероприятия.
3. Анемии у детей: определение, критерии диагностики, виды анемий. Профилактика дефицита железа.
4. Физиологическая роль железа в организме.

Критерии оценки для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

1. Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
2. Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
3. Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности,

недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

4. Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационные задачи с эталонами решений для самостоятельной работы студентов.

Задача 1

Девочка 12 лет переболела ОРВИ, принимала аспирин, бромгексин, была выписана в школу. Через 5 дней отмечено интенсивное носовое кровотечение. Была вызвана скорая помощь.

Анамнез: Родилась от I беременности, протекавшей с анемией, родов на 38 неделе с весом 3250 г. и длиной тела 53 см, 8/9 баллов по шкале Апгар. Развивалась нормально. До года отмечался атопический дерматит. Грудное вскармливание до 6 месяцев.

При осмотре: Температура тела 36,5°C. Кожа бледная. На шее, животе, бёдрах имеются петехии от точечных до 4 мм, на передней поверхности голеней и ягодицах - несколько экхимозов. По задней стенке зева – сгустки крови, прожилки алой крови. На слизистой щеки несколько подслизистых кровоизлияний. В правом носовом ходу кровянистый сгусток. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 102 в 1 минуту. Живот безболезненный. Печень – по реберному краю. Была госпитализирована.

Обследована: Анализ крови Hb105 г/л, L 4,5x10⁹/л, Тр. 20x10⁹/л, СОЭ 19 мм/ч

Задание

1. Что можно ожидать в общем анализе крови.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте диагноз. С чем можно дифференцировать заболевание?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какая может быть этиология данной болезни?
6. Какие лабораторные тесты исследования гемостаза Вы знаете?
7. Назовите основные направления терапии данного заболевания.

Ответ 1

1. В общем анализе крови можно ожидать анемию, тромбоцитопению
2. С учетом наличия геморрагического синдрома по пятыхиально-синячковому типу кровоточивости, снижения уровня тромбоцитов в анализе крови ниже 100x10⁹ /л имеет место тромбоцитопения.
3. С учетом отсутствия симптомов опухолевой интоксикации, лимфоаденопатии, гепатоспленомегалии, вероятнее всего имеет место впервые выявленная иммунная тромбоцитопения.
4. С целью дифференциальной диагностики требуется исключить все возможные причины для развития вторичной тромбоцитопении: ВИЧ-инфекция, гепатиты, лейкемии, СКВ и т.д. Для этого требуется проведение лабораторных исследований (миелограмма, кровь на гепатит, волчаночные клетки и т.д.). При исключении всех других возможных причин для тромбоцитопении диагностируется ИТ.
5. Этиология заболевания- аутоиммунное заболевание.
6. Лабораторными тестами являются определение уровня тромбоцитов, не ниже 100x10⁹ /л, определение длительности кровотечения по Дьюку, не более 3 минут.
7. Основные направление терапии- это подъем и поддержание уровня

Задача 2

Мальчик 1 суток жизни, находится в родильном доме. Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре, в III триместре периодически отмечались подъемы артериального давления до 145 и 90 мм рт. ст. В женской консультации беременная наблюдалась нерегулярно, имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. В анамнезе 3 года назад I беременность, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было

Роды I, срочные, самостоятельные, 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й 25 минут, безводный промежуток 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Ангар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатром выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

Обследование:

Билирубин пуповинной крови - 105 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л, Hb периферической крови 149 г/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Составьте план дополнительного обследования новорожденного.
4. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
5. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
6. Оцените физическое развитие ребенка и дайте рекомендации по вскармливанию

Задача 3

Мальчик 8 лет обратился к участковому врачу по поводу повышения температуры тела. В течение 9 дней температура от 37,5 до 38°C, кашля и насморка нет, мама отмечает что ребёнок последние 2-3 недели быстро устаёт, плохо ест. Самостоятельно давали ребёнку парацетамол, аспирин. Месяц назад ребёнок проходил лечение по поводу ОРВИ.

Анамнез

тромбоцитов на «безопасном» уровне, выше $30 \times 10^9 / \text{л}$.

Ответ 2

1. Ds: ГБН по резус фактору, врожденная желтушная форма. болезнь новорожденных. Имеет место нерегулярное наблюдение женщины в консультации, аборт в анамнезе, резус-отрицательная группа крови, наличие желтухи, гепатоспленомегалия сразу после рождения, уровень пуповинного билирубина в 3 раза превышает норму, почасовой прирост билирубина более 5,5 ммоль\л\час, снижение гемоглобина крови.
2. Необходима оценка почасового прироста билирубина в сыворотке крови
3. Проба Кумбса, группа , резус и фенотип крови ребенка
4. «Ядерная желтуха» (билирубиновая энцефалопатия), холестаза.
5. Да, путем введения антирезусного иммуноглобулина после 1-х родов, аборта, на 28 неделе текущей беременности.
6. Среднее, гармоничное.

Ответ 3

1. У ребенка имеет место острый лейкоз.
2. Имеет место синдром опухолевой интоксикации, геморрагический синдром, синдром костно-мозговой недостаточности. синдром локальной опухолевой манифестации

Родился от I беременности, протекавшей с ОРВИ и угрозой прерывания в I триместре, I срочных родов с весом 4200 грамм, рост 56 см. Часто болел ОРВИ, в 4 года проведена аденотомия. Привит по индивидуальной схеме.

При осмотре ребёнок бледный, увеличение подчелюстных и верхне-шейных лимфатических узлов до 2-3 см. В анализе крови: гемоглобин до 97 г/л, лейкоцитоз 12×10^6 и ускорение СОЭ до 40 мм/ч. Был назначен амоксиклав, активферрин. Температура тела нормализовалась, однако слабость сохранялась, а через 5 дней лихорадка неправильного характера возобновилась, жаловался на боли в ногах. Был направлен в стационар (районную больницу).

При осмотре: температура $38,6^{\circ}\text{C}$. Кожа бледная, на правом бедре единичные петехиальные элементы. Подкожная клетчатка развита умеренно. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы безболезненные, не плотные, множественные до 3-4 см. Слизистые рта чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального тембра на верхушке, ЧСС 112 в 1 минуту. Артериальное давление 100/60 мм. рт. ст. Живот безболезненный. Печень плотноватая, безболезненная, на 5 см. ниже реберного края. Селезёнка пальпируется на 2 см. ниже реберного края. Физиологические отправления не нарушены. Обследован В анализе крови, выполненном по Сито: Эр- $2,2 \times 10^{12}$, Нб-66 г/л, Тр- $29,2 \times 10^6$, L- $25,2 \times 10^6$, СОЭ-62 мм/ч. Общий анализ мочи – в норме. На рентгенограмме грудной клетки – без патологических изменений.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные синдромы. Какие ещё синдромы могут наблюдаться при подозреваемом заболевании?
3. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза.
4. Какие обследования необходимы далее.
5. Перечислите основные принципы лечения данных состояний.
6. Каков прогноз заболевания? Какие факторы определяют прогноз?

(гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия). Возможны другие симптомы локальной опухолевой интоксикации (суставной, нейролейкемии, кишечная непроходимость, лейкоиды кожи и др.).

3. Гемограмма, исследование костного мозга, исследование ликвора, визуализирующие методы обследования, дополнительные лабораторные и инструментальные методы (рентгенография +/- КТ органов грудной клетки, УЗИ +/- МРТ/КТ живота, МРТ головного мозга и др).
4. Исследование костного мозга: цитология – бластные клетки: для ОЛЛ $\geq 25\%$, для ОМЛ $\geq 30\%$, цитохимия (миелопероксидаза, PAS-реакция, эстераза, кислая фосфатаза), иммунофенотипирование – определение антигенов на бластных клетках (разграничение подтипов ОЛЛ и ОМЛ), цитогенетика и молекулярная генетика
5. Терапия острых лейкозиев – риск-адаптированная терапия, интенсивная химиотерапия, профилактика нейролейкемии, адекватная сопроводительная терапия.
6. При остром лимфобластном лейкозе, стандартной и промежуточной группе риска прогноз благоприятный, 75% больных выздоравливают. Прогноз определяется группой риска больных, наличием хромосомных мутаций.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов :

1. Синдром Дауна
2. Синдром Лаела.

Критерии оценки реферата:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: имеются признаки плагиата (возможна проверка в системе «Антиплагиат»), оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 8 семестре - зачет.

6 Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 3 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ПК-1-способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и(или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания(ПК-1)

3. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования или письменной работы.

1. Каковы закономерности роста и развития ребенка на внутриутробном и внеутробном этапах?
2. Каковы возрастные нормы, функциональные и морфологические характеристики ребенка в различные периоды детского возраста?
3. Какова роль наследственных, а также эндо- и экзогенных факторов в формировании здоровья или болезни детей?
4. Пренатальная диагностика и медико-генетическое консультирование.
5. В чем заключаются преимущества естественного вскармливания?
6. Принципы смешанного и искусственного вскармливания.
7. В чем заключаются особенности питания детей старше года?
8. Принципы профилактики рахита, анемии, белково-энергетической недостаточности.
9. Принципы профилактики патологии желудочно-кишечного тракта, дыхательной, мочевой и сердечно-сосудистой системы.
10. Принципы профилактики болезней органов дыхания, ОРВИ.
11. Принципы профилактики инфекций передающихся воздушно-капельным путем.
12. Принципы профилактики кишечных инфекций.

13. Особенности оказания стоматологической помощи детям с острыми и хроническими заболеваниями.
14. Принципы организации детских лечебно-профилактических учреждений и санитарно-противоэпидемического режима в них.
15. Принципы диспансерного наблюдения за детьми и участие в нём врача стоматолога.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8°C. 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. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами?
3. Как объяснить матери данную ситуацию?

Задача 2

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

8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день - температура до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день девочка выписана в детский сад. На 12-й день 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. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Оцените течение поствакцинального периода.
3. Следует ли подать экстренное извещение в ГСЭСН

Задача 3

Вызов к мальчику 2 лет с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние

удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?

Задача 4

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

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты №113 известно, что ребенок 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 3690 г, длина - 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

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

Лечение: р-р магнезии в/в, фототерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г.

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

Задание

1. Предполагаемый диагноз?

Задача 5

Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней.

Ребенок от II беременности (первая закончилась выкидышем). Мария 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась тайледом, вентолином. 2 раза переболел ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери личные atopические заболевания. Роды срочные, путем кесарева сечем оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2550,0 г, длина - 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло, срыгивала.

При осмотре: ребенок на естественном вскармливании. Сосет вяло, с перерывами, необильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3x3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул 5 раз в день, желтый, кашицеобразный.

Задание

1. Поставьте диагноз?

Задача 6

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной - 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Агу». Прибавка в массе тела за 3 месяца - 2100 г. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые.

Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

Дополнительные данные

Общий анализ мочи: рН - слабо кислая; белок - 0,033‰; лейкоциты - 1-3 в п/з.

В анализе периферической крови: НЬ - 95 г/л, Эр - $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85; Л - $8,5 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 32%, б - 1%, э - 3%, л - 58%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +.

Содержание гемоглобина в эритроцитах - 22 пг (норма 24-33 пг).

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?

Задача 7

Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, длиной - 53 см. Закричал сразу.

Естественное вскармливание до 2 месяцев, затем смесь «Агу». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D₂ с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана 1 прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились.

В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 г, длина - 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 4x4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 ударов в мин. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Оцените физическое развитие ребенка.

Задача 8

Участковый педиатр пришел на I патронаж к новорожденной девочке 8 дней. Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса тела 3200 г, длина - 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери - пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии - подагра. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза- 1,0.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дизэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, эпи-телизируется. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

Задание

1. Оцените состояние ребенка на момент патронажа.
2. О чем свидетельствуют стигмы дизэмбриогенеза?
3. Каков «порог» стигматизации новорожденных?

Перечень практических навыков.

1. Провести оценку социального, биологического и генеалогического анамнезов с выделением групп риска.
2. Провести антропометрию ребенка, оценить физическое развитие.
3. Провести психометрическое обследование и оценить нервно-психическое развитие ребёнка раннего возраста.
4. Провести осмотр здорового и больного ребенка (демонстрация пропедевтического навыков), оценить и интерпретировать полученные результаты;

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача 1

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 38,8°C. 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?

5. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
6. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
8. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС и полиомиелита?
9. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в СЭС?
10. Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии и столбняка законченным?
11. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?
12. Какова разница патогенеза между инфекционным и поствакцинальным процессом?
13. Существует ли экстренная иммунизация против коклюша?

Задача 2

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

8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день - температура до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день девочка выписана в детский сад. На 12-й день 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. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Оцените течение поствакцинального периода.
3. Следует ли подать экстренное извещение в ГСЭСН
4. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
5. Тактика ведения ребенка на дому.
6. Какие лечебно-оздоровительные мероприятия следует провести данному ребенку после его выписки?
7. Дайте клиническое описание коревой сыпи.
8. Перечислите возможные осложнения, возникающие после введения коревой вакцины.
9. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно вводить другие вакцины?
10. Какие другие виды вакцин можно вводить ребенку одновременно с коревой?
11. Показана ли данному ребенку госпитализация?
12. Наиболее вероятный возбудитель заболевания, его основные характеристики?

Задача 3

Вызов к мальчику 2 лет с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. Необходим ли осмотр оториноларинголога, его цель?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребенка?
5. Какова возможная причина выявленных изменений у ребенка?
6. Показания к экстренной иммунизации против паротита.
7. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от других прививок?
8. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита.
9. Показана ли госпитализация данного ребенка?
10. Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?
11. С какими другими вакцинами совместима прививка против эпидемического паротита?

Задача 4

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

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина - 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

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

Лечение: р-р магнезии в/в, фототерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г.

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

Задание

1. Предполагаемый диагноз?
2. Определите группу здоровья.
3. Как протекает период адаптации?
4. Укажите факторы и группы риска, их направленность.
5. Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина в период новорожденности?
6. Каково происхождение желтухи в данном случае, механизмы ее развития?
7. Какую патологию позволяют исключить прямая и непрямая пробы Кумбса?
8. Имело ли смысл проводить фототерапию данному ребенку в роддоме?
9. Причины определения уровня билирубина в сыворотке крови в роддоме?
10. Составьте план дифференцированного наблюдения за ребенком на участке.
11. Какие советы Вы должны дать матери ребенка?
12. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.

Задача 5

Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней.

Ребенок от II беременности (первая закончилась выкидышем). Мария 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась тайледом, вентолином. 2 раза переболел ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери личные atopические заболевания. Роды срочные, путем кесарева сечем оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2550,0г, длина - 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло, срыгивала.

При осмотре: ребенок на естественном вскармливании. Сосет вяло, с перерывами, необильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3x3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул 5 раз в день, желтый, кашицеобразный.

Задание

1. Диагноз?
2. По какой группе здоровья будет наблюдаться ребенок?
3. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность.
4. Какое влияние на плод оказывает вентолин?
5. Составьте план диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.
6. Какое воздействие на новорожденного оказывают анестезия и аналгезия при родоразрешении путем кесарева сечения?
7. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить?
8. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении у данного ребенка.
9. Какие критерии используются для диагностики пренатального расстройства питания у доношенных новорожденных?
10. Какие советы по питанию необходимо дать матери ребенка?
1. Были ли противопоказания для вакцинации БЦЖ в роддоме?
12. Календарь профилактических прививок у данного ребенка.

Задача 6

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной - 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Агу». Прибавка в массе тела за 3 месяца - 2100 г. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

Дополнительные данные

Общий анализ мочи: рН - слабо кислая; белок - 0,033‰; лейкоциты - 1-3 в п/з.

В анализе периферической крови: НЬ - 95 г/л, Эр - $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85; Л - $8,5 \times 10^9$ /л; п/я -

2%, с/я - 32%, б - 1%, э - 3%, л - 58%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +.

Содержание гемоглобина в эритроцитах - 22 пг (норма 24-33 пг).

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
3. Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
4. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?
5. Нуждается ли ребенок в лечении?
6. Нуждается ли ребенок в коррекции питания?
7. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-ом году жизни.
8. Когда следует проводить вакцинацию? Есть ли противопоказания?
9. Какое влияние окажет данное состояние на заболеваемость ребенка?
10. Биологическое значение гемоглобина в организме, его свойства.

Задача 7

Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, длиной - 53 см. Закричал сразу.

Естественное вскармливание до 2 месяцев, затем смесь «Агу». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D₂ с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана 1 прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились.

В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 г, длина - 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гarrisонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 4x4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм.

Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 ударов в мин. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Повышенная экскреция каких веществ с мочой типичны при данном заболевании?
7. Каков фосфорно-кальциевый обмен в норме и при данном заболевании?
8. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
9. Какие дефекты ведения ребенка имели место?
10. Можно ли проводить вакцинацию?

Задача 8

Участковый педиатр пришел на I патронаж к новорожденной девочке 8 дней. Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II половине (рвота,

анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса тела 3200 г, длина - 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери - пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии - подагра. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза- 1,0.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дизэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, эпи-телизируется. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

Задание

1. Оцените состояние ребенка на момент патронажа.
2. По какой группе здоровья будет наблюдаться данный ребенок? По развитию какой патологии он угрожаем?
3. Перечислите факторы риска.
4. Как определяется индекс отягощенности генеалогического анамнеза? Каким он должен быть в норме?
5. О чем свидетельствуют стигмы дизэмбриогенеза?
6. Каков «порог» стигматизации новорожденных?
7. Какие мероприятия следует проводить при расширении пупочного кольца?
9. Как часто следует осматривать ребенка? В консультациях каких специалистов он нуждается?
10. Необходимы ли дополнительные обследования и в какие сроки?
11. План профилактических мероприятий. Ваши рекомендации матери ребенка.
12. Что такое вторичная профилактика, и нужна ли она в данном случае?

Задача 9.

На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Папа ребёнка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный.

Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь.

Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - 495×10^9 /л, лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий - 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген - 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты - 1000 в 1 мл; эритроциты - 2500 в 1 мл, цилиндры - нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какие режим и диет необходимы ребенку?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Задача 10.

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до $38,9^\circ\text{C}$, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Врач СМП диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до $38,8^\circ\text{C}$.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца назад, по поводу чего получала флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Показана ли ребенку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 223×10^9 /л, лейкоциты $16,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%.

СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз.

ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб родителей пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания(ПК-5);

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования или письменной работы.

1. Каковы особенности сбора анамнеза, осмотра детей с соматической и инфекционной патологией.
2. Какие методы диагностики используются в педиатрической практике, особенности проведения диагностических процедур у детей.
3. Понятие анемии, критерии анемии у детей разных возрастов.
4. Каковы основные клинические симптомы и синдромы при гемолитических анемиях?
5. Каковы причины желтух у новорожденных и детей раннего возраста?
6. Диагностическая тактика при подозрении на острый лейкоз у ребенка.
7. Каково влияние алкоголя на здоровье матери и ребенка во время грудного кормления.
8. Искусственное вскармливание и его влияние на здоровье ребенка.
9. Характеристика адаптированных молочных смесей и принципы их отбора для питания детей на I году жизни.
10. Диагностические критерии в оценке пищеварительной системы ребенка.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача №1.

Больной П., 2 лет поступил с жалобами на отек и распирающую боль в правом коленном суставе через 6 часов после травмы. В анамнезе, с 11 месяцев у ребенка отмечались гематомы на теле больших размеров после травм, повторные гемартрозы. Аналогичные явления были у деда по материнской линии.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача №2.

Больной В., 9 лет. Наблюдается в детской поликлинике с диагнозом анемия, курсами принимает препараты железа. В течение нескольких лет, чаще после ОРВИ, до 5-6 раз в год, наблюдаются периодические приступы болей в животе, появляется желтушность кожи. Не обследовался. У матери-желчекаменная болезнь. Неделю назад после перенесенного острой респираторной вирусной инфекции состояние ребенка ухудшилось, появилась головная боль, слабость, головокружение, усилилась бледность, иктеричность

кожи и склер. При осмотре: мальчик вялый, кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные, печень + 2 см, селезенка + 6 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: гемоглобин 52 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, 60% микросфероцитов, ретикулоциты-120‰.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить у данного больного?
2. Какой алгоритм обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 3.

Ребёнку 8 месяцев. При рождении масса 3.500, рост 50 см. У матери токсикоз 1 и 2 половины беременности, дважды в течение беременности находилась на лечении в отделении патологии беременности. В анамнезе - асфиксия, НМК. Приложен к груди на четвёртые сутки, брал грудь вяло. В периоде новорожденности перенёс пневмонию. В последующем часто болел респираторными вирусными инфекциями. В настоящее время 6.800, рост 67 см. Не сидит, узнаёт мать, переворачивается со спины на живот, следит за игрушкой, но в руки не берёт, слоги не произносит. Соответствует ли НПП данного ребёнка его возрасту?

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка при рождении
2. Опишите нормальное психомоторное развитие ребёнка: 3 месяцев, 1 года, 2 лет, 4 лет.

Задача 4

Ребенок 8 месяцев, доношенный, с 2-х месяцев находится на искусственном вскармливании коровьим молоком, с 4-х месяцев введена манная каша, другие виды прикорма получает нерегулярно, ест неохотно. Перенес колли-инфекцию и повторно острые респираторные заболевания. При профилактическом осмотре выявлены бледность, пастозность, раздражительность, увеличение печени и селезенки, систолический шум в сердце. Эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 60 г/л, ЦП -0,6.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования показаны?

Задача 5

Девочка 3 месяцев от молодых здоровых родителей. Родилась в январе. На смешанном вскармливании, нерациональном. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита витамином Д не проводилась. С ребенком не гуляют. Объективно: беспокойная, выражена потливость. Кожа влажная, облысение затылка, большой родничок 2,5x3 см, края его мягкие. Со стороны внутренних органов изменений нет. В крови фосфор – 0,58 ммоль/л, Са - 2,24 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз?
2. Каковы методы дополнительного обследования?

Задача 6

Ребёнку 3 месяца, масса 5.000 г, рост 60 см, голубоглазый, волосы светлые, в теменной области сальные чешуйки, на щеках - гиперемия, папулезная сыпь, шелушение, на шее, в паховых складках - гиперемия, мокнутие. По органам патологии нет. С 2-х месяцев на искусственном вскармливании, в 2,5 месяца перенес острое респираторно-вирусное заболевание. Отец ребёнка страдает экземой.

Вопросы:

1. О проявлении какой формы диатеза можно думать?
2. Что спровоцировало его проявление? Основная тактика ведения ребенка?

Задача 7

Больной 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Заболел, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C, появился болезненный непродуктивный кашель, сильный озноб, появилась боль в правом боку. При осмотре: заторможен, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, одышка в покое с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. В легких отмечалось ослабление дыхания, хрипов нет. ЧД – 42 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 110 в 1 мин. Общий анализ крови: Нв - 134 г/л, эр - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц - $23 \times 10^9/л$, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие осложнения Вы можете ожидать?

Перечень практических навыков

1. Провести оценку социального, биологического и генеалогического анамнезов с выделением групп риска.
2. Провести антропометрию ребенка, оценить физическое развитие.
3. Провести психометрическое обследование и оценить нервно-психическое развитие ребёнка раннего возраста.
4. Провести осмотр здорового и больного ребенка (демонстрация пропедевтического навыков), оценить и интерпретировать полученные результаты;
5. Определить показания и организовать госпитализацию ребенка. Оформить направление ребенка на госпитализацию.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача 1.

Девочке 8 лет в школьном медицинском кабинете проведена плановая вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох, выраженное втяжение югулярной впадины. Голос стал «осипшим», периодически – лающий кашель с «металлическим оттенком». Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная школьной медсестрой. При осмотре: девочка в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД 50 в 1 минуту. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, звучные. ЧСС 116 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. SatO₂ 91%.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите ведущий патологический синдром, какова его вероятная этиология.

Задача 2

У мальчика 7 лет во время лечения у стоматолога после экстракции больного молочного зуба длительно не останавливалось кровотечение. В анамнезе у ребёнка бывают продолжительные носовые кровотечения. Анамнез: Ребёнок усыновлённый, из семьи

вынужденных переселенцев, последние несколько лет за медицинской помощью не обращались. Ранний анамнез не известен. Известно, что брат ребёнка погиб от тупой травмы живота. Сведений о вакцинации ребёнка нет.

При осмотре: Температура тела 36,6°C. Кожа бледная, два крупных синяка на нижних конечностях. Правый коленный сустав шарообразной формы, безболезненный, плотный на ощупь. Сгибание в суставе ограничено на 20°, имеется нерезко выраженная деформация правого локтевого сустава и ограничение сгибания в нём. Живот безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускания 5-7 раз в день свободные.

Обследован: в общем анализе крови Эр-3,4x10¹², Нб-106 г/л, Тр-259,2x10⁶, L-5,2x10⁶, Э-1, П-1, С-41, Л-53, М-4%, СОЭ-12 мм/ч. На УЗИ брюшной полости внутренние органы не изменены.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите возможные и имеющиеся осложнения.
3. Перечислите методы исследования гемостаза. Назначьте план обследования.

Задача 3

Мальчик 8 лет обратился к участковому врачу по поводу повышения температуры тела от 37,5 до 38°C, кашля и насморка нет, последние 2-3 недели быстро устаёт, плохо ест. Получал жаропонижающие. Месяц назад ребёнок проходил лечение по поводу ОРВИ. В анализе крови: гемоглобина - 97 г/л, лейкоцитоз 12 x10⁶ и ускорение СОЭ до 40 мм/ч. Был назначен амоксиклав, актиферрин. Температура тела нормализовалась, однако слабость сохранялась, а через 5 дней лихорадка возобновилась, жаловался на боли в ногах. Был направлен в стационар.

При осмотре: температура 38,6°C. Кожа бледная, на правом бедре единичные петехиальные элементы. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы безболезненные, не плотные, до 3-4 см. Слизистые рта чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 112 в 1 минуту. Живот безболезненный. Печень плотная, + 5 см. ниже реберного края. Селезёнка+2 см. Физиологические отправления не нарушены. Обследован: Эр-2,2x10¹², Нб-66 г/л, Тр-29,2x10⁶, L-25,2x10⁶, СОЭ-62 мм/ч. Общий анализ мочи – в норме. На рентгенограмме грудной клетки – без патологических изменений.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные синдромы. Какие ещё синдромы могут наблюдаться при подозреваемом заболевании?
3. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза.
4. Какие обследования необходимы далее.

Задача 4

Галя М., 4 года, армянка. Первые признаки заболевания отмечались с возраста 12 месяцев: снижение уровня гемоглобина до 80-86 г/л, рефрактерная к обычным методам лечения. Девочка отставала в психо- моторном и физическом развитии. Не обследовалась. Объективно: кожа бледная, с землистым оттенком, «башенный череп», печень + 3,5 см, селезенка + 5 см ниже реберной дуги, плотная. В общем анализе крови: эр-2,5x10¹²/л, НВ-66 г/л, ЦП= 0,7, единичные мишеневидные эритроциты, анизо-, пойкилоцитоз. Число лейкоцитов, тромбоцитов в норме. В биохимическом анализе крови: билирубин общий 85 ммоль/л, сывороточное железо 20 мкмоль/л, общий белок 55 г/л. Реакция Кумбса отрицательная. В костном мозге раздражение эритроидного ряда, эритроциты с большим количеством телец Гейнца. У матери также анемия, анамнез отца неизвестен.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.

2. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза.

Задача 5

Бойная Г 10 лет, вес 26 кг. Жалобы на схваткообразные боли в животе, неустойчивый стул, плохой аппетит. Периодически отмечает повышение температуры до субфебрильных цифр, кашель, головные боли, головокружение.

Объективно: девочка пониженного питания. Кожа бледная, сухая, слизистые оболочки бледно-розовые, ногти деформированы. Язык бледный, сосочки атрофированы, со стороны органов грудной клетки без особенностей. Живот мягкий при пальпации, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. В ОАК: эритроцитов – $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 80 г/л, ЦП – 0,8, анизо, пойкилоцитоз ++ за счет микроцитов. Сывороточное железо 6,5 мкмоль/л, лейкоцитов – $16,0 \times 10^9/л$, п-1, с-39, л-40, м -3, э-15, СОЭ – 20мм/час. В кале обнаружены яйца аскарид. На ЭФГДС – явления поверхностного гастрита. Р-графия грудной клетки без особенностей.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм для данного пациента.

ПК-6 -способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра(ПК-6)

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

- 1) Диагностические критерии в оценке мочевой системы ребенка.
- 2) Диагностические критерии в оценке сердечно-сосудистой системы ребенка.
- 3) Диагностические критерии в оценке кроветворной системы ребенка.
- 4) Функциональные нарушения пищеварительной системы ребенка.
- 5) Менингококковая инфекция у детей. Этиопатогенез, диагностика.
- 6) ОРВИ и грипп у детей. Этиопатогенез, диагностика.
- 7) Эпидемический паратиф. Этиопатогенез, диагностика, принципы лечения, профилактики.
- 8) Скарлатина у детей. Этиопатогенез, диагностика.
- 9) Корь. Этиопатогенез, диагностика.
- 10) Краснуха у детей. Этиопатогенез, диагностика.
- 11) Ветряная оспа у детей. Этиопатогенез, диагностика.
- 12) Кишечные инфекции у детей: инвазивные диареи. Этиопатогенез, диагностика.
- 13) Анемии у детей. Дифференциальная диагностика.
- 14) Рахит. Диагностика.
- 15) Вакцинация. Календарь прививок. Проведение вакцинации. Показания и противопоказания к вакцинации детей.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1

Больной П., 2 лет поступил с жалобами на отек и распирающую боль в правом коленном суставе через 6 часов после травмы. В анамнезе, с 11 месяцев у ребенка отмечались гематомы на теле больших размеров после травм, повторные гемартрозы. Аналогичные явления были у деда по материнской линии. Полгода назад у ребенка в анализах крови обнаружено снижение уровня VIII фактора свертывания крови до 5%. Был поставлен диагноз гемофилия А.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие наиболее характерные изменения в коагулограмме у этого больного?
3. Чем определяется степень тяжести заболевания?

Задача 2

Больной В., 9 лет. Наблюдается в детской поликлинике с диагнозом анемия, курсами принимает препараты железа. В течение нескольких лет, чаще после ОРВИ, до 5-6 раз в год, наблюдаются периодические приступы болей в животе, появляется желтушность кожи. Не обследовался. У матери-желчекаменная болезнь. Неделю назад после перенесенного острой респираторной вирусной инфекции состояние ребенка ухудшилось, появилась головная боль, слабость, головокружение, усилилась бледность, иктеричность кожи и склер. При осмотре: мальчик вялый, кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные, печень + 2 см, селезенка + 6 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: гемоглобин 52 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, 60% микросфероцитов, ретикулоциты-120‰.

Задание:

1. Какой диагноз можно предположить у данного больного?
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какой основной признак, подтверждающий диагноз?
4. Какая тактика в отношении данного пациента?

Задача 3.

К 8-месячному ребенку вызван бригада «Скорой помощи» в связи с резкой одышкой, свистящего и шумного дыхания, преходящего цианоза кожи, которые появились за 2 часа до вызова «Скорой помощи». Анамнез заболевания: ребенок болен в течение 2х дней. Отмечаются повышение температуры тела до 37,8°C, непродуктивный кашель, насморк. При осмотре ребенок в сознании, заторможен, на болевые раздражители реагирует. Питание понижено. Кожа бледная, с цианотичным оттенком. Зев гиперемирован, из носа скудное слизистое отделяемое. Раздувание крыльев носа. Дыхание свистящее, слышно на расстоянии, втяжение уступчивых мест грудной клетки. ЧД 60 в 1 минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом. Повсеместно выслушиваются свистящие хрипы в сочетании с влажными мелкопузырчатыми хрипами на выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 150 уд/мин. АД 85/45 мм.рт.ст. SatO₂ 89%.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
2. Назовите ведущий патологический синдром, его патогенетический вариант.

Задача 4.

Мальчик 6 месяцев, на 8-й день болезни доставлен бригадой «Скорой помощи» в стационар с диагнозом: ОРВИ, геморрагический синдром.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 8 дней назад, когда отмечено повышение температура тела до 38°C, появились кашель и насморк. Участковый педиатр поставил диагноз: ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, но повторного осмотра не было. Сегодня ночью состояние ребенка резко ухудшилось: появилась рвота, монотонный крик, резкое беспокойство. Мать заметила на теле ребенка сыпь в виде элементов темно-багрового цвета и вызвала бригаду «Скорой помощи». Мальчик был госпитализирован.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Монотонный крик. Ребенок вялый, адинамичный. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа с сероватым оттенком, по всей её поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жесткое дыхание, тоны сердца глухие, ЧСС 90. АД 40/0 мм рт.ст. Живот умеренно вздут. Не мочится.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза и установления этиологии заболевания. Ожидаемые результаты.
3. Выделите основные клинические синдромы, требующие urgentного вмешательства.

Задача 5

Девочка 5 лет, посещает детский сад.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро накануне, когда повысилась температура тела до 37,5°C, появилась боль при жевании, в околоушной области – припухлость. На 2-й день болезни состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 39°C, отмечаются повторная рвота, боли в животе, головная боль. Вызван участковый педиатр.

Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с клинической классификацией.
2. Какие лабораторные исследования следует провести для подтверждения диагноза? Ожидаемые результаты.

Задача 6.

К девочке 12 лет вызвана бригада «Скорой помощи». Ребенок жалуется на нехватку воздуха и затруднение дыхания на выдохе.

Анамнез заболевания: подобные приступы у девочки отмечались неоднократно и обычно снимались 2-6 дозами ингаляций сальбутамола. Два года назад на фоне похожего приступа была остановка дыхания. В течение последнего года получает флутиказон с помощью ДАИ в дозе 500 мкг 2 раза в день. Настоящий приступ продолжается 14 часов. Ингаляции сальбутамола каждые 4 часа в дозе 200-400 мкг должного эффекта не дали. 2 часа назад проведена ингаляция через небулайзер с беродуалом в дозе 1,5 мл.

При осмотре: температура тела 36,4°C. Девочка в сознании, на вопросы отвечает замедленно, головокружение, выдох резко затруднен. Положение вынужденное – ортопноэ. Кожа бледная с цианотическим оттенком. Кашель без мокроты, приступообразный. Постоянная экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно коробочный звук с участками укорочения. Аускультативно дыхание проводится неравномерно, справа в нижних отделах ослаблено. ЧД 36 в 1 минуту. Выслушиваются сухие свистящие хрипы в сочетании с азнокалиберными влажными хрипами. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 110 уд/мин. АД 100/65 мм рт.ст. SatO₂ 90%.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите ведущий патологический синдром, его патогенетический вариант.

Задача 7.

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) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Перечень практических навыков.

1. Провести оценку социального, биологического и генеалогического анамнезов с выделением групп риска.
2. Провести антропометрию ребенка, оценить физическое развитие.
3. Провести психометрическое обследование и оценить нервно-психическое развитие ребёнка раннего возраста.
4. Провести осмотр здорового и больного ребенка (демонстрация пропедевтического навыков), оценить и интерпретировать полученные результаты;
5. Определить показания и организовать госпитализацию ребенка. Оформить направление ребенка на госпитализацию.
6. Диагностировать неотложные и угрожающие жизни состояния у детей.