

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 08.08.2023 16:09:31

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a298sd2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**Тихоокеанский государственный медицинский университет**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт педиатрии

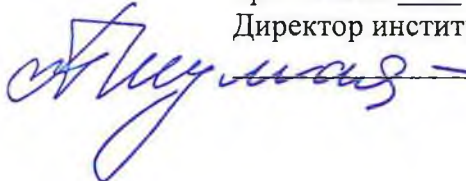
УТВЕРЖДЕНО

на заседании института педиатрии

от « 15 » 03 2022 г.,

протокол № 8

Директор института

 Шуматова Т.А.

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### **Б1.В.04 СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ И УМЕНИЯ**

(наименование учебной дисциплины)

#### **Вариативная часть**

(Цикл дисциплины и его часть (базовая, вариативная, дисциплина по выбору))

### **31.08.19 Педиатрия**

#### **(уровень подготовки кадров высшей квалификации)**

(наименование ОПОП ВО направления подготовки или специальности с указанием кода)

Составитель: Григорян Л.А.

Владивосток 2022

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине Специальные профессиональные умения и навыки.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций, отражённых в карте компетенции.

### 1.1. Карта компетенций по дисциплине

| № п/п | Код компетенции  | Наименование раздела учебной дисциплины              | Оценочные средства                                |
|-------|--|--|---|
| 1     | ПК – 1<br>ПК – 2<br>ПК – 4<br>ПК – 5<br>ПК – 6<br>ПК – 9<br>ПК – 10<br>ПК – 11<br>ПК – 12<br>ПК – 13<br>УК – 2 | Базовые навыки неотложной помощи                     | Тесты, вопросы, демонстрация практических навыков |
| 2     | ПК – 1<br>ПК – 2<br>ПК – 4<br>ПК – 5<br>ПК – 6<br>ПК – 9<br>ПК – 10<br>ПК – 11<br>ПК – 12<br>ПК – 13<br>УК – 2 | Специализированный этап проведения неотложной помощи | Тесты, вопросы, демонстрация практических навыков |

### 1.2. Перечень оценочных средств

| № п/п | Название оценочного средства | Краткая характеристика оценочного средства  | Вид комплектации оценочным средством в ФОС   |
|-------|------------------------------|---|--|
| 1     | 2                            | 3   | 4  |
| 1     | Вопросы                      | Средство контроля на практическом занятии, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой | Комплект вопросов для устного опроса обучающегося на практическом занятии. Задания для практического занятия. Вопросы для самостоятельного изучения. |

|   |                                   |  |                                      |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
|   |                                   | дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.        | Вопросы по темам/разделам дисциплины |
| 2 | Тесты                             | Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося. | Фонд тестовых заданий                |
| 3 | Демонстрация практических навыков | Задание, в котором обучающемуся предлагают продемонстрировать реальный профессиональный навык на тренажере или симуляторе  | Задание по практическому навыку      |

## 2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

### 2.1. Показатели для оценки ответа в привязке к компетенциям и шкале

#### оценивания

| № п/п | Показатели оценивания  | Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей  | Шкала оценивания<br>Оценка/ уровень сформированной компетенций |
|-------|--|--|--|
| 1     | Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой | ПК – 1<br>ПК – 2<br>ПК – 4<br>ПК – 5<br>ПК – 6<br>ПК – 9<br>ПК – 10<br>ПК – 11<br>ПК – 12<br>ПК – 13<br>УК – 2 | <b>Неудовлетворительно / не сформирован</b>                    |
| 2     | Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует   | ПК – 1<br>ПК – 2<br>ПК – 4<br>ПК – 5<br>ПК – 6<br>ПК – 9<br>ПК – 10<br>ПК – 11                                 | <b>Удовлетворительно / пороговый</b>                           |

|          |   |  |                             |
|----------|---|--|-----------------------------|
|          | способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне   | ПК – 12<br>ПК – 13<br>УК – 2   |                             |
| <b>3</b> | Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой   | ПК – 1<br>ПК – 2<br>ПК – 4<br>ПК – 5<br>ПК – 6<br>ПК – 9<br>ПК – 10<br>ПК – 11<br>ПК – 12<br>ПК – 13<br>УК – 2 | <b>хорошо / продвинутый</b> |
| <b>4</b> | Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой | ПК – 1<br>ПК – 2<br>ПК – 4<br>ПК – 5<br>ПК – 6<br>ПК – 9<br>ПК – 10<br>ПК – 11<br>ПК – 12<br>ПК – 13<br>УК – 2 | <b>отлично/высокий</b>      |

### 3. Карта компетенций

Проект профессионального стандарта "Врач-педиатр", проект приказа подготовлен Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 09.11.2018

|          | <b>I. Наименование компетенции</b> | <b>Индекс</b> | <b>Формулировка</b>   |
|----------|------------------------------------|---------------|---|
| <b>К</b> | Универсальная                      | УК - 2        | готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия |
| <b>К</b> | Профессиональная                   | ПК – 1        | 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 у детей и подростков, 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 |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 2     | готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками   |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 4     | готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков   |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 5     | готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.   |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 6     | готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи  |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 9     | готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих   |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 10    | готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях   |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 11    | готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей  |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 12    | готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации   |
| <b>К</b> | Профессиональная                | ПК - 13    | готовностью к раннему выявлению злокачественных новообразований у детей и подростков, разработке программ лечения, наблюдения и реабилитации  |
| <b>Ф</b> | <b>II. Наименование функции</b> | <b>Код</b> | Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой  |

|   |   |        | функции  |
|---|---|--------|--|
| <b>Б Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «педиатрия» в стационарных условиях и условиях дневного стационара</b> |   |        |  |
| <b>Ф</b>  | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза | Б/01.8 | <p>Получение данных о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком</p> <p>Получение информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте)</p> <p>Получение информации о профилактических прививках</p> <p>Получение информации о реакции Манту и Диаскин-тесте</p> <p>Получение информации об анамнезе жизни ребенка, в том числе от какой беременности и какой по счету ребенок, об исходах предыдущих беременностей, о течении настоящей беременности и родов, состоянии ребенка при рождении и в период новорожденности, о времени прикладывания к груди, времени и последовательности введения докорма, прикорма, продолжительности грудного, смешанного или искусственного вскармливания</p> <p>Сбор жалоб у ребенка (его законных представителей)</p> <p>Получение информации об анамнезе заболевания у ребенка (его законных представителей)</p> <p>Интерпретация информации, полученной от ребенка (его законных представителей)</p> <p>Осмотр и оценка у ребенка в соответствии с действующей методикой кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки, ногтей, волос, видимых слизистых, лимфатических узлов, костей, суставов, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем; оценка соответствия паспортному возрасту физического и психомоторного развития ребенка; определение массы тела и роста, индекса массы тела ребенка различного возраста; оценка физического и психомоторного развития ребенка</p> <p>Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований ребенка</p> <p>Направление ребенка на лабораторное</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление ребенка с на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление ребенка на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретация результатов осмотра, лабораторного и инструментального обследования ребенка</p> <p>Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у ребенка</p> <p>Интерпретация результатов осмотра ребенка врачами-специалистами</p> <p>Проведение дифференциального диагноза с другими болезнями в соответствии с действующими порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Установление диагноза с учетом действующей МКБ</p> <p>Обоснование необходимости направления ребенка для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара в соответствии с действующими порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов</p> |
|--|--|--|

|   |  |        |  |
|---|--|--------|--|
|   |  |        | <p>медицинской помощи</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания неотложной медицинской помощи детям.</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания паллиативной помощи детям</p>   |
| Ф | <p>Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> | Б/02.8 | <p>Разработка плана лечения детей с заболеваниями и (или) состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания детям с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у детей с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии</p> <p>детям с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у детей с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>Оказание паллиативной медицинской помощи детям при взаимодействии с</p> |



|          |  |        |  |
|----------|--|--------|--|
|          |  |        | врачами-специалистами и иными медицинскими работниками Оказание медицинской помощи в неотложной форме детям с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи   |
| <b>Ф</b> | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов | Б.03.8 | <p>Составление плана мероприятий медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Направление детей с заболеваниями и (или) состояниями к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Проведение мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Контроль выполнения мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, составленной врачами-специалистами, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение санаторно-курортного лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям Контроль реализации санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями и (или) состояниями с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям</p> <p>Оценка эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения</p> |
|--|--|---|

|   |  |        |   |
|---|--|--------|---|
|   |  |        | детей с заболеваниями и(или) состояниями с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям  |
| Ф | Проведение медицинских экспертиз   | Б.04.8 | <p>Определение нарушений в состоянии здоровья детей, приводящих к ограничению их жизнедеятельности</p> <p>Направление детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>Направление детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, в службу ранней помощи</p> <p>Определение необходимости ухода за ребенком с заболеваниями и (или) состояниями и выдачи листка временной нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи одному из членов семьи (опекун, попечитель, иной родственник) фактически осуществляющему уход)</p> <p>Подготовка необходимой медицинской документации для детей с заболеваниями и (или) состояниями для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> |
| Ф | Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | Б/05.8 | <p>Пропаганда здорового образа жизни</p> <p>Проведение санитарно-просветительной работы среди детей, их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за ребенком</p> <p>Формирование у детей, их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за ребенком, здорового образа жизни с учетом возраста и состояния здоровья (режим дня, сна и отдыха, питание, двигательная активность, закаливание и пр.)</p> <p>Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья детей.</p> <p>Организация проведения санитарно-просветительной работы в случае возникновения очага инфекции</p> <p>Назначение профилактических</p>   |

|   |   |        |  |
|---|---|--------|--|
|   |   |        | <p>мероприятий детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Контроль за соблюдением профилактических мероприятий Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней Заполнение и направление в установленном порядке экстренного извещения о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, укуса, ослюнения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ</p> |
| Ф | <p>Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> | Б/06.8 | <p>Составление плана работы и отчета о своей работе<br/> Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Контроль выполнения должностных обязанностей, находящихся в распоряжении медицинских работников Участие в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности<br/> Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности, охраны труда и техники</p>  |

|          |  |        |  |
|----------|--|--------|--|
|          |  |        | <p>безопасности</p> <p>Использование медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»</p> <p>Использование в работе персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну</p>   |
| <b>Ф</b> | Оказание медицинской помощи в экстренной форме | Б/07.8 | <p>Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)</p> <p>Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> |

**II. Компонентный состав компетенций: ПК – 1 ПК – 2 ПК – 4 ПК – 5 ПК – 6 ПК – 9 ПК – 10 ПК – 11 ПК – 12 ПК – 13**

| <b>Перечень компонентов</b>   | <b>Технология формирования</b>  | <b>Средства и технологии оценки</b>      |
|---|---|--|
| <p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие вопросы организации педиатрической помощи в РФ;</li> <li>- принципы диспансеризации здоровых и больных детей и подростков;</li> <li>- социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</li> <li>- анатомио-физиологические особенности организма плода и ребенка; взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию; современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний;</li> <li>- современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний;</li> <li>- вопросы санитарно-просветительной работы с</li> </ul> | <p>Контактная работа</p> <p>Электронные образовательные ресурсы</p> <p>Самостоятельная работа</p> | <p>тесты,</p> <p>ситуационные задачи</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>родителями и детьми;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формы планирования и отчетности своей работы основы трудового законодательства;</li> <li>санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения;</li> <li>- медико-статистические показатели оказания медицинской помощи детям</li> <li>- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны;</li> <li>- этиологию, клинику, диагностику, принципы лечения онкологических заболеваний у детей и при развитии осложнений, вопросы диспансеризации, реабилитации и профилактики</li> </ul>  |   |  |
| <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выявлять и осуществлять мониторинг факторов риска развития заболеваний, осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска;</li> <li>- получать информацию о здоровом и больном ребенке; оценивать физическое и нервно-психическое развитие ребенка, школьную зрелость; организовать и проводить иммунопрофилактику детей ;</li> <li>- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков;</li> <li>- выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи;</li> <li>- организовать стационар на дому;</li> <li>- осуществлять пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний;</li> <li>- организовать и контролировать работу среднего медицинского персонала; вести необходимую медицинскую документацию; составлять план своей работы, отчет о работе педиатрического участка (отделения) за год и проводить анализ этой работы;</li> <li>- дать оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</li> <li>- организовать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</li> <li>- выявлять симптомы и синдромы онкологической патологии у детей и подростков</li> </ul> | <p>Контактная работа<br/>Электронные образовательные ресурсы<br/>Самостоятельная работа</p> | <p>Демонстрация практических навыков<br/>Презентации</p> |
| <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- способностью осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и</li> </ul>   | <p>Контактная работа<br/>Электронные образовательные ресурсы</p>                            | <p>Зачет с оценкой</p>                                   |

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| <p>укрепление здоровья</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проведением профилактических медицинских осмотров;</li> <li>- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии наиболее распространенных заболеваний;</li> <li>- способностью и готовностью к постановке диагноза заболеваний у детей и подростков на основании адекватно спланированного диагностического обследования;</li> <li>- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия заболеваниях у детей и подростков;</li> <li>- способностью и готовностью проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам;</li> <li>- способностью и готовностью анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам;</li> <li>- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы РФ);</li> <li>- организацией медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе мед. эвакуации</li> <li>- составлением программ обследования, лечения осложнений, диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий при онкологической патологии у детей и подростков</li> </ul> | <p>Самостоятельная работа</p> |  |
|---|-------------------------------|--|

**II. Компонентный состав компетенций: УК – 2**

| Перечень компонентов   | Технология формирования   | Средства и технологии оценки                             |
|--|---|--|
| <p><b>Знает:</b><br/>организационную структуру управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи;</p> | <p>Контактная работа<br/>Электронные образовательные ресурсы<br/>Самостоятельная работа</p> | <p>Тестирование</p>                                      |
| <p><b>Умеет:</b><br/>работать с коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>                                | <p>Контактная работа<br/>Электронные образовательные ресурсы<br/>Самостоятельная работа</p> | <p>Демонстрация практических навыков<br/>Презентации</p> |

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Владеет:</b><br>готов самостоятельно использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи для эффективного управления коллективом, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Контактная работа<br>Электронные образовательные ресурсы<br>Самостоятельная работа | Зачет с оценкой |
|--|--|-----------------|

| <b>III. Дескрипторы уровней освоения компетенции</b> |  |
|--|--|
| <b>Ступени уровней освоения компетенции</b>          | <b>Отличительные признаки</b>                    |
| Пороговый  | Воспроизводит термины, основные понятия          |
| Продвинутый  | Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями |
| Высокий  | Предлагает расширенный объем информации          |

### 3.1 Тестовые задания

Тестовый контроль по Б1.В.04 Специальные профессиональные навыки и умения

| Код         | Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи  |
|-------------|---|
| С 31.08.19. | Специальность Педиатрия   |
| К ПК-1      | <b>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 у детей и подростков, 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</b> |
| Ф Б/02.08   | Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности   |
| Ф Б/05.08   | Проведение медицинских экспертиз  |
| И           | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т           | Тестовые задания<br>Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВО следует считать:<br>микросфероцитоз у ребенка<br>*обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери<br>наличие у матери группы крови О у ребенка А (II) или В (III)<br>снижение осмотической резистентности эритроцитов ребенка  |



«Первый перекрёст» в лейкоцитарной формуле происходит:  
на 2-3 день жизни  
\*на 5-6 день жизни  
на 4-5 году жизни  
к 12 мес. жизни

«Второй перекрёст» в лейкоцитарной формуле происходит:  
на 2-3 году жизни  
на 5-6 день жизни  
\*на 4-5 году жизни  
к 9-10 годам жизни

Для исключения коарктации аорты при артериальной гипертензии наиболее информативно:  
определение в моче альдостерона  
определение в моче катехоламинов  
определение альдостерона плазмы  
\*измерение артериального давления на ногах

Отсроченность кровотечения характерна для типа кровоточивости:  
\*гематомного  
васкулитно-пурпурного  
пятнисто-петехиального  
смешанного

Факторы, принимающие участие в остановке кровотечения в сосудах низкого давления:  
витамин К  
\*тромбоциты  
серотонин  
VIII фактор

Количество факторов, которые принимают участие в плазменном процессе свёртывания  
8  
\*13  
17  
9

Витамин D  
увеличивает продукцию паратгормона  
\*способствует всасыванию Ca из желудочно-кишечного тракта  
блокирует канальцевую реабсорбцию Ca  
повышает уровень щелочной фосфатазы в крови

В связывании и накоплении кальция участвует  
\*лимонная кислота  
уксусная кислота  
соляная кислота  
щавелевая кислота

Для скрининг-теста на фенилкетонурию используют определение уровня фенилаланина:

- \* в моче
- в крови
- в слюне
- в спинномозговой жидкости

Собирать мочу на посев рекомендуется:

- пункцией мочевого пузыря
- \* из средней струи в стерильную посуду
- при катетеризации мочевого пузыря
- из суточной мочи

Обязательным условием корректного проведения УЗИ почек и мочевыводящих путей является:

- наполненный желудок
- \* наполненный мочевой пузырь
- уровень артериального давления выше 70/40 мм рт. ст.
- уровень pO<sub>2</sub> крови выше 80%

При УЗИ пирамиды в почках у детей являются:

- следствием внутриутробной гипоксии
- \* вариантом нормы
- вариантом кистозной дисплазии
- вариантом обструктивной уропатии

В понятие нефрон входит:

- \* клубочек и система канальцев
- проксимальный и дистальный канальцы
- проксимальный и дистальный канальцы, петля Генле
- клубочек и проксимальный отдел канальца

Почка секретирует:

- альдостерон
- \* ренин
- андрогены
- минералокортикоиды

Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте:

- 1-й недели
- \* 5 лет
- 6 месяцев
- 10 лет

В норме выделяется с мочой:

- 1/3 объема выпитой жидкости
- \* 2/3 объема выпитой жидкости
- 1/4 объема выпитой жидкости
- 1/5 объема выпитой жидкости

|   |        |  |
|---|--------|--|
|   |        | <p>Разрешить проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через:</p> <p>1 месяц<br/>2 месяца<br/>*6 месяца<br/>12 месяцев</p> <p>При каких формах туберкулеза у матери можно сохранить грудное вскармливание:</p> <p>*туберкулез легких в фазе кальцинации<br/>туберкулез молочной железы<br/>диссеминированный туберкулез<br/>активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения</p> <p>В адаптационной реакции организма в большей степени участвуют</p> <p>вегетативная нервная система<br/>гипофиз<br/>щитовидная железа<br/>*надпочечники</p> <p>Введение прикорма ребенку с пищевой аллергией рекомендуется в возрасте</p> <p>10 месяцев<br/>*6 месяцев<br/>4-х месяцев<br/>после 12 месяцев</p> <p>Период новорожденности длится</p> <p>31 день<br/>14 дней<br/>*28 дней<br/>30 дней</p> <p>После рождения здорового новорожденного ребенка пуповину следует пережимать сразу после рождения</p> <p>*в течение первых 30 секунд после рождения<br/>через 1-2 мин после рождения<br/>через 3-5 мин после рождения</p> |
| К | ПК-2   | <b>готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</b>   |
| Ф | Б/01.8 | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |
| Ф | Б/03.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов   |

|   |        |  |
|---|--------|--|
| Ф | Б/05.8 | Проведение медицинских экспертиз   |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>   |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Поражение почек реже наблюдается при:<br/> *склеродермии<br/> системной красной волчанке<br/> геморрагическом васкулите<br/> амилоидозе</p> <p>Чаще артериальной гипертензией сопровождается:<br/> системная красная волчанка<br/> *первичный гиперальдостеронизм<br/> болезнь Шенлейна – Геноха<br/> пиелонефрит</p> <p>Частое мочеиспускание является симптомом, характерным для хронической почечной недостаточности<br/> *для воспаления мочевыводящих путей<br/> для гломерулонефрита<br/> для тубулоинтерстициального нефрита</p> <p>Амилоидоз чаще развивается при<br/> *ревматоидном артрите<br/> гломерулонефрите<br/> тубулоинтерстициальном нефрите<br/> пиелонефрите</p> <p>Гемолитическая анемия, связанная с нарушением структуры мембраны гемолитическая болезнь новорождённых<br/> *овалоцитоз<br/> талассемия<br/> серповидноклеточная анемия</p> <p>При гемолизе в биохимическом анализе крови характерны<br/> снижение уровня сывороточного железа<br/> снижение уровня кальция<br/> повышение активности трансаминаз<br/> *повышение уровня непрямого билирубина</p> <p>Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет<br/> *20-30 мл<br/> 100 мл<br/> 80 мл<br/> 40-60 мл</p> <p>Повышение активности ферментов в моче характерно для<br/> *гломерулонефрита<br/> хронического цистита</p> |

острого цистита  
нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

Гломерулонефрит является заболеванием  
\*иммунокомплексным  
неиммунным  
микробно-воспалительным  
вирусным

Для ребенка 10 лет характерное количество мочеиспусканий  
\*4-6 раз в сутки  
7-8 раз в сутки  
до 10 раз в сутки  
до 2-3 раз в сутки

Смешанная форма гломерулонефрита чаще развивается  
с 1 года до 2 лет  
с 3 до 5 лет  
\*после 8-10 лет  
в любом возрасте

Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в  
возрасте  
до 1 года  
\*с 1 года до 7 лет  
в пубертатном возрасте  
в любом возрасте

По цветовому показателю периферической крови судят  
о регенераторной функции костного мозга  
о содержании кислорода в крови  
\*о содержании гемоглобина в эритроцитах  
об уровне церулоплазмينا в крови

Уровень сывороточного железа в норме у детей от 1 мес. до 6  
лет жизни  
5,0-19,3 мкмоль/л  
16,1-25,1 мкмоль/л  
3,3-9,3 мкмоль/л  
\*9,3-33,6 мкмоль/л

Уровень эритроцитов при лёгкой анемии у детей старше 1 мес.  
жизни ( $10^{12}/л$ )  
5,5-6,5  
4,5-5,4  
4,0-3,8  
\*3,5-3,0

Уровень эритроцитов при тяжёлой анемии у детей старше 1  
мес. жизни ( $10^{12}/л$ )  
менее 4,5  
\*менее 2,5

менее 3,0

менее 3,5

Уровень гемоглобина при железодефицитной анемии средней степени тяжести у детей старше 1 мес. жизни (г/л)

\*90-70

110-120

100-90

60-70

Нормальная оценка по шкале Апгар

2-4 балла

3-5 баллов

4-6 баллов

\*7 баллов и более

Перед посещением плавательного бассейна рекомендуется проведение:

рентгенограммы сердца

тахисцилографии

\*ЭКГ

ЭХО-КГ

Мальчику 8 лет перед началом занятий в секции «карате» необходимо проведение:

Эхо-КГ

\*ЭКГ

рентгенографии

реографии

У подростков является вариантом нормы

синусовая тахикардия

\*синусовая аритмия

наджелудочковая экстрасистолия

желудочковая экстрасистолия

Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается

\*в 16-17 лет

в 14-15 лет

в 12-13 лет

в 10-11 лет

Пигментация сосков и увеличение молочных желёз происходит обычно

в 10-11 лет

\*в 12-13 лет

в 14-15 лет

в 16-18 лет

|   |        |   |
|---|--------|---|
|   |        | <p>У мальчиков первым пубертатным изменением является увеличение щитовидного хряща<br/>оволосение лобка<br/>*мутация голоса<br/>оволосение подмышечных впадин</p> <p>Средняя длительность полового созревания составляет:<br/>3 года<br/>*5 лет<br/>7 лет<br/>10 лет</p>  |
| К | ПК-3   | <b>готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</b>   |
| Ф | Б/05.8 | Проведение медицинских экспертиз  |
| Ф | Б/07.8 | Оказание медицинской помощи в экстренной форме  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p><b><i>Госпитализация является обязательной, независимо от тяжести течения, при:</i></b><br/>*брюшном тифе<br/>дизентерии<br/>сальмонеллезе<br/>ветряной оспе</p> <p>Гепатит е наиболее неблагоприятно протекает у:<br/>детей раннего возраста<br/>*беременных женщин<br/>детей школьного возраста и подростков<br/>у мужчин</p> <p>Показанием к выписке больных дифтерией является:<br/>*клиническое выздоровление<br/>2-кратное бактериологическое обследование на сор. Diphtheria из зева<br/>3- кратное бактериологическое обследование из зева<br/>истечение сроков госпитализации</p> <p>Периоды течения кори:<br/>*инкубационный<br/>длительный<br/>респираторный<br/>угасания</p> |

Экстренное извещение в случае кишечной инфекции должно быть передано в Роспотребнадзор:  
в течение недели  
в течение суток  
немедленно  
\*в течение 2-х часов

В России активная иммунизация (вакцинация) по эпидпоказаниям проводится у детей при:  
\*холере  
дизентерии  
шигеллезе Флекснера  
сальмонеллезе

При острых кишечных инфекциях бактериальной этиологии инфицирование детей, находящихся на грудном вскармливании, чаще всего происходит:  
пищевым путем  
водным путем  
\*контактно-бытовым  
воздушно-капельным

При повреждениях, нанесенных дикими животными, для профилактики бешенства не применяют:  
антирабический иммуноглобулин из плазмы человека  
\*комплексный иммунный препарат (КИП)  
вакцину антирабическую культуральную инактивированную сухую («Рабивак-2»)  
гамма-глобулин антирабический из гипериммунной лошадиной сыворотки

На какой срок защищает от вирусного гепатита А иммуноглобулин?  
на 6 недель  
на 3 месяца  
\*на 6 месяцев  
  
на 12 месяцев

Противопоказанием к вакцинации против гепатита В является:  
хронический гепатит С  
гипертермическая реакция на вакцину АКДС  
\*острая фаза инфекционного заболевания  
наличие гепатита В у родителей

Суперинфекция дельта-вирусом представляет опасность для больных:  
\*гепатитом В  
гепатитом А  
гепатитом С  
аутоиммунным гепатитом

Передача вируса гепатита В не осуществляется:  
\*воздушно-капельным путем  
половым  
шприцевым



|   |      |   |
|---|------|---|
|   |      | <p>гемотрансфузионным</p> <p>Рожистое воспаление вызывается:<br/> золотистым стафилококком<br/> синегнойной палочкой<br/> вульгарным протеем<br/> *стрептококком</p> <p>Бактериовыделитель штамма сог. <i>Diphtheria</i> подлежит:<br/> лечению амбулаторно с применением антибиотиков<br/> *обязательной госпитализации с назначением антибактериальной терапии<br/> госпитализации с назначением антитоксической сыворотки<br/> вакцинации АДС-М</p> <p>Иксодовые клещи не являются переносчиками:<br/> *тениоза<br/> весенне-летнего энцефалита<br/> иксодового клещевого боррелиоза<br/> туляремии</p> <p>Профилактические прививки против кори, краснухи, паротита детям,<br/> рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, проводятся:<br/> в соответствии с календарем профилактических прививок<br/> после подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка<br/> профилактические прививки не проводятся<br/> *после исследования иммунологического статуса ребенка</p> <p>Инкубационный период скарлатины:<br/> 2-3 часа<br/> *2-7 дней<br/> 8-14 дней<br/> 12-21 день</p> <p>Время существования эпидемического очага в организованном коллективе:<br/> до момента госпитализации больного<br/> до проведения заключительной дезинфекции в очаге<br/> *в течение срока максимальной инкубации у лиц, бывших в контакте, от<br/> даты проведения заключительной дезинфекции в очаге по поводу<br/> последнего больного<br/> до выздоровления больного, если он лечился дома</p> <p>Инкубационный период при дифтерии составляет:<br/> 1-5 дней<br/> 1-7 дней<br/> *1-14 дней<br/> 1-21 дней</p> |
| К | ПК-4 | <b>готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</b>  |

|   |        |   |
|---|--------|---|
| Ф | Б/04.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения  |
| Ф | Б/06.8 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Основная причина развития болезней накопления<br/>*врожденная энзимопатия<br/>злокачественная пролиферация<br/>приобретенная энзимопатия<br/>иммунодефицит</p> <p>Спленомегалия не характерна для<br/>сепсиса<br/>бруцеллеза<br/>*железодефицитной анемии<br/>врожденного сифилиса</p> <p>ДВС-синдром новорожденного не вызывает:<br/>сепсис<br/>вмешательство на сосудах пуповины<br/>очаговая гнойная инфекция<br/>*дисбактериоз кишечника</p> <p>Общим для всех гемолитических анемий является:<br/>отставание в физическом развитии<br/>отставание в психическом развитии<br/>*иктеричность кожи и слизистых оболочек<br/>спленомегалия</p> <p>Характерным клинико-морфологическим признаком гемолитической анемии, протекающей с внутриклеточным гемолизом, является:<br/>увеличение лимфоузлов<br/>*спленомегалия<br/>расширение границ сердца<br/>геморрагический синдром</p> |
| К | ПК-5   | <b>готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</b>   |
| Ф | Б/01.8 | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |
| Ф | Б/04.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения  |

|   |  |
|---|--|
| И | <p><b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b></p>  |
| Т | <p>Тестовые задания</p> <p>Для нефротического синдрома характерна:<br/> *значительная протеинурия, гипоальбуминемия<br/> гиполипидемия<br/> гипертония<br/> гипофибриногенемия</p> <p>При гипопластических анемиях происходит:<br/> увеличение внутригрудных лимфатических узлов<br/> увеличение лимфатических узлов брюшной полости<br/> увеличение лимфатических узлов забрюшинного пространства<br/> *увеличения лимфатических узлов нет</p> <p>Уровень тромбоцитов при тяжёлой тромбоцитопении:<br/> менее 100<br/> менее 90<br/> менее 70<br/> *менее 50</p> <p>Особенности клинического анализа крови при анемии Минковского-Шоффара:<br/> полихромазия<br/> гипохромия<br/> *микросфероцитоз<br/> ретикулоцитоз</p> <p>Правильная тактика применения препаратов железа до нормализации гемоглобина<br/> *до нормализации уровня ферритина крови<br/> в течение 2 недель<br/> до исчезновения бледности кожных покровов</p> <p>Основной гематологический признак гемолиза<br/> *ретикулоцитоз<br/> анемия<br/> повышение СОЭ<br/> полицитемия</p> <p>Для исключения вазоренальной гипертензии наиболее информативна<br/> экскреторная урография<br/> УЗИ почек<br/> *ренальная ангиография<br/> биопсия почек</p> <p>Не является причиной гипохромной анемии:<br/> дефицит железа<br/> нарушение порфиринового обмена<br/> нарушение структуры цепей глобина</p> |

\*гемолиз

Морфологическую характеристику лейкоцитов в осадке мочи можно уточнить при их количестве:

2-5 лейкоцитов в поле зрения

\*30 и более лейкоцитов в поле зрения

5-10 лейкоцитов в поле зрения

50 и более лейкоцитов в поле зрения

Рентгеноконтрастное исследование мочевого системы больному с пиелонефритом целесообразно провести:

на высоте активности процесса

\*при стихании процесса

при улучшении самочувствия

при нормализации температуры

Деформация нижних конечностей характерна:

\*для фосфат-диабета

для хронического пиелонефрита

для дизметаболической нефропатии

для наследственного нефрита

Значительное повышение IgG в крови наблюдается при пиелонефрите:

\*системной красной волчанке

гломерулонефрите нефротической формы

тубулоинтерстициальном нефрите

Гипергаммаглобулинемия характерна для:

гломерулонефрита нефротической формы

\*волчаночного нефрита

гломерулонефрита смешанной формы

тубулоинтерстициального нефрита

Для гипертонической энцефалопатии характерны:

сердечная недостаточность

нарушение сердечного ритма

\*судороги, потеря сознания

одышка, хрипы в легких

Для начала гломерулонефрита наиболее характерно:

температурная реакция

абдоминальный синдром

\*олигурия

дизурия

Для смешанной формы гломерулонефрита наиболее характерна:

\*гематурия с протеинурией

изолированная протеинурия

длительно сохраняющаяся гематурия

лейкоцитурия, бактериурия

Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита не является:  
отечный синдром  
олигурия  
выраженная протеинурия  
\*анемия

Краниотабес не отмечается:  
при D -дефицитном рахите  
при D -зависимом рахите  
\*при остеопорозе  
при гипотрофии и D-дефицитном рахите

Для гемолитико-уремического синдрома не типична:  
анемия  
\*прямая гипербилирубинемия  
протеинурия  
олигурия

При неосложнённой пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является:  
повышение температуры  
\*поверхностное дыхание  
анемия  
тахикардия

Бронхиолит у детей раннего возраста:  
легкое и кратковременное заболевание  
бронхиолит у детей раннего возраста не бывает  
является ранним признаком бронхиальной астмы  
\*приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию

При беспокойстве у детей цианоз слизистых и кожных покровов не нарастает при:  
врожденном пороке сердца  
\*метгемоглобинемии  
пневмонии  
стенозе гортани

Голосовое дрожание усилено при:  
плеврите  
пневмотораксе  
\*инфильтративном легочном процессе  
легочной эмфиземе

К железодефицитной анемии не отмечается:  
\*повышение билирубина крови  
гипохромия эритроцитов  
уменьшение количества эритроцитов  
уменьшение связанного железа в сыворотке

Для муковисцидоза не характерна:

полифекалия  
мекониальный илеус  
\*гипернатриемия  
стеаторея

**Целиакия:**

развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни  
приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти  
спонтанно излечивается после 2 года жизни  
\*сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия, ваш предварительный диагноз  
сепсис  
\*гипотиреоз  
АВО-гемолитическая болезнь  
физиологическая желтуха новорожденного

Наиболее достоверным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является  
микроцефалия  
атрофия зрительного нерва  
высокий титр антител в Ig G  
\*обнаружение антител против токсоплазмы в составе Ig M

На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го года жизни с большой достоверностью может указывать  
\*увеличение Ig M  
увеличение Ig G  
лейкоцитоз - 20 000 в мм<sup>3</sup>  
нейтрофилез 80%

К реактивным состояниям новорожденных не относятся  
физиологическая эритема  
милия  
\*мелена  
вагинальное кровотечение

Основная причина физиологической желтухи новорожденных  
гемолиз  
\*недостаточная глюкуронизация  
сгущение крови  
холестаз

Гипотрофией 1 ст. принято считать дефицит массы  
до 5%  
\*от 10 до 20%  
от 20 до 30%  
более 30%.

Карпопедальный спазм характерен для  
дефицита железа  
гипофосфатемии  
\*гипокальциемии  
фебрильных судорог

Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации  
наиболее характерны  
мышечная гипотрофия  
\*жажда  
судороги  
отеки

Состояние алкалоза характерно для  
рахита  
сахарного диабета  
\*опухоли мозга с рецидивирующей рвотой  
массивной пневмонии

Гипертонической воддефицитной дегидратации соответствует  
выбухающий родничок  
гипонатриемия  
понижение АД  
\*сухость слизистых

При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком  
будет  
\*общая интоксикация  
дизурические явления  
синдром срыгивания  
болевой синдром

Объем мочевого пузыря у новорожденного  
от 10 до 15 мл  
\*от 30 до 50 мл  
от 100 до 150 мл  
от 100 до 200 мл

Железодефицитная анемии по степени насыщения эритроцитов  
гемоглобином является  
нормохромной  
гиперхромной  
\*гипохромной  
нормохромной или гиперхромной

Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии  
характеризуется  
гипоплазией  
аплазией  
\*напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в  
периферической крови  
напряженностью эритропоэза с отсутствием ретикулоцитоза в

периферической крови

Императивные позывы на мочеиспускание и ночное недержание мочи у больных железодефицитной анемией связаны с инфекцией мочевыводящих путей  
\*с мышечной слабостью  
с поражением отделов центральной нервной системы  
с полиурией

У детей раннего возраста наиболее часто встречается инфекционная форма аллергии  
\*пищевая аллергия  
лекарственная аллергия  
ингаляционная аллергия

Дефицит массы тела при 1 степени постнатальной гипотрофии составляет  
5-8%  
5-15%  
\*10-20%  
20-30%

Дефицит массы тела при 2 степени постнатальной гипотрофии составляет  
5-8%  
5-15%  
10-20%  
\*20-30%

Дефицит массы тела при 3 степени постнатальной гипотрофии составляет  
5-8%  
10-20%  
20-30%  
\*30% и более

Основной причиной угнетения иммунологической реактивности при гипотрофии является нарушение обмена  
\*белков  
липидов  
углеводов  
белков и липидов

Нарушение свертывания крови при гипотрофии соответствует  
гипокоагуляции  
\*гиперкоагуляции  
тромбоцитопатии  
тромбоцитопении

Деформация костей грудной клетки, черепа, мышечная гипотония, содержание кальция в крови 2,12 ммоль/л, фосфора в крови 1,71 ммоль/л характерны для рахита  
периода разгара  
начального  
рецидива



\*реконвалесценции

Причиной судорог при спазмофилии является  
гипофосфатемия  
\*гипокальциемия  
снижение активности щелочной фосфатазы  
гиперкальциемия

Спазмофилия встречается  
у новорожденных детей  
\*у детей грудного возраста  
в пубертатном периоде  
у детей дошкольного возраста

Скрытая тетания характерна  
для рахита  
для гипервитаминоза D  
\*для спазмофилии  
для эпилепсии

При спазмофилии симптом Хвостека можно выявить у ребенка  
\*в состоянии покоя  
при плаче  
при бодрствовании  
при физической нагрузке

Фенилкетонурия возникает при недостатке или отсутствии фермента  
сфингомиелиназы  
\*фенилаланин 4 - гидроксилазы  
глюкозо-6-фосфатазы  
д-глюкозидазы

В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет  
\*пневмококк  
пиогенный стрептококк  
стафилококк  
клебсиелла

Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии  
одышка  
ослабленное дыхание  
\*локальная крепитация  
втяжение уступчивых мест грудной клетки

Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типична для пневмонии  
хламидийной  
микоплазменной  
пневмоцистной  
\*пневмококковой

Внебольничную пневмонию у детей в возрасте старше 5 лет чаще вызывают стафилококки  
микоплазмы  
\*пневмококки  
грибы

Пиоторакс чаще развивается при пневмонии пневмококковой  
пневмоцистной  
легионеллезной  
\*стафилококковой

Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки  
от 3 недель до 4 недель  
от 3 недель до 5 недель  
от 5 недель до 6 недель  
\*от 6 недель и более

Для экссудативного плеврита характерно укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону  
коробочный характер перкуторного звука над экссудатом  
усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом  
\*укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

Внебольничная пневмония у детей в возрасте старше 5 лет реже вызывается микоплазмой  
пневмококком  
\*клебсиеллой  
гемофильной палочкой

Внебольничная пневмония у детей в возрасте от 1 до 5 лет реже вызывается \*синегнойной палочкой  
пневмококком  
микоплазмой  
гемофильной палочкой

Экспираторная одышка возникает при фарингите  
ларингите  
\*обструктивном бронхите  
рините

Междолевой выпот можно выявить на УЗИ средостения  
\*рентгенограмме в боковой проекции  
бронхоскопии  
рентгенограмме в прямой проекции

Для бронхоэктатической болезни характерны  
непостоянные влажные хрипы  
\*влажные хрипы постоянной локализации  
проводные хрипы  
сухие рассеянные хрипы

Для гемосидероза легких характерно  
\*наличие сидерофагов в мокроте  
высокий уровень железа сыворотки крови  
ржавая мокрота  
эозинофильный легочный инфильтрат

Для бронхиальной астмы не характерны  
приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой  
\*повышение хлоридов в поте и моче  
гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты  
рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы

Редко встречаемая форма бронхиальной астмы у детей  
атопическая  
неатопическая  
астма напряжения  
\*аспириновая астма

Объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV), форсированная жизненная емкость (FCV) и максимальная скорость выдоха (PEF) у детей в возрасте старше 5 лет позволяют оценить  
степень алергизации организма  
степень выраженности инфекционного процесса  
тяжесть бронхиальной астмы  
\*степень бронхиальной обструкции

С помощью пикфлоуметра измеряется  
общая емкость выдоха  
жизненная емкость легких  
остаточный объем легких  
\*максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

Целесообразно применять для купирования развития приступа бронхиальной астмы  
бета-2-адреномиметики длительного действия  
кромогликат  
недокромил  
\*бета-2-адреномиметики короткого действия

Укажите наиболее частый побочный эффект ингаляционных стероидов  
\*кандидоз полости рта  
синдром Иценко-Кушинга  
остеопороз  
гипергликемия

При тяжелой бронхообструкции у детей чаще бывают осложнения

\*ателектаз  
плевоторакс  
абсцесс  
напряжённый плевоторакс

Развитию бронхообструкции у детей препятствуют узкие воздухоносные пути

мягкость хрящей гортани, трахеи, бронхов  
обильная васкуляризация слизистой дыхательных путей  
\*носовое дыхание

Клеточный состав экссудата лимфоциты 80%, нейтрофилы 15%, эритроциты 5%, характерен для плеврита

гнойного  
\*серозного  
геморрагического  
серозно-геморрагического

Наиболее частой причиной экссудативного плеврита у детей является

пневмония  
\*туберкулез  
опухоли  
травма

Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого преобладают сегментоядерные лейкоциты

\*пневмония  
туберкулез  
перелом ребра  
обструктивный бронхит

Наиболее информативным исследованием для выявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов является

обзорная рентгенография легких  
бронхография  
\*компьютерная томография лёгких  
бронхоскопия

При диссеминированном туберкулезе частой внелёгочной локализацией процесса являются

кости и кожа  
\*гортань и серозные оболочки  
глаза и половые органы  
почки и мозговые оболочки

Укажите наиболее частый клинический признак острого бронхита

синдром нейротоксикоза

\*кашель  
одышка  
коробочный оттенок перкуторного звука

Для бронхиальной астмы не характерны  
одышка с затрудненным выдохом «экспираторным компонентом»

\*деформация дистальных фаланг в виде «часовых стекол»  
отхождение прозрачной, стекловидной мокроты в конце приступа  
рассеянные сухие свистящие хрипы

Достоверным рентгенологическим признаком пневмонии является

усиление легочного рисунка  
\*наличие инфильтративных теней  
вздутие легких  
расширение корней легких

Легочные осложнения пневмонии у детей

ДВС - синдром  
острая почечная недостаточность  
\*пиопневмоторакс  
инфекционно-токсический шок

Внелегочные осложнения пневмонии у детей

метапневмонический плеврит  
абсцесс легкого  
пиопневмоторакс  
\*инфекционно-токсический шок

Не отражают тяжесть пневмонии

степень токсикоза  
степень дыхательной недостаточности  
\*обильные сухие хрипы  
нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, СОЭ более 20 мм/час

На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон

\*альдостерон  
тироксин  
гонадотропин  
андрогены

Кислотно-щелочное состояние удерживается путем

задержки щелочных валентностей канальцами электролитов крови  
выделения кислых валентностей канальцами  
\*выделения кислотных валентностей и задержки щелочных валентностей канальцами

Повышение артериального давления на ранних стадиях характерно для наследственного нефрита

\*гломерулонефрита  
дизметаболической нефропатии  
тубулопатий

Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для

\*пиелонефрита  
тубулоинтерстициального нефрита  
гломерулонефрита  
наследственного нефрита

Гиперлипидемия наиболее характерна для

\*гломерулонефрита нефротической формы  
гломерулонефрита гематурической формы  
пиелонефрита  
тубулоинтерстициального нефрита

Выраженная фибриногемия наблюдается при

\*гломерулонефрите нефротической формы  
цистите  
наследственном нефрите  
дизметаболической нефропатии

У ребенка 8 месяцев рвота, температура 39 °С беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз

нефритический синдром  
острый нефрит  
\*пиелонефрит  
хронический цистит

При мультикистозе почка эхографически выглядит как

«мишень»  
«слоеный пирог»  
\*«гроздь винограда»  
«голова медузы»

При тромбоваскулите неинформативно

определение фибриногена  
фибринолитическая активность  
\*исследование гемоглобина  
подсчет тромбоцитов

При гемофилии наиболее информативно исследование

\*определение плазменных факторов свертывания  
определение времени кровотечения  
определение времени свертывания  
подсчет тромбоцитов

Фактор, выделяясь сосудистой стенкой, препятствует тромбообразованию  
тромбоксан  
серотонин  
тромбоспондин  
\*простациклин

Состояния, при которых нарушается внешний путь активации гемостаза  
коагулопатия разведения  
тромбоцитопатии  
ДВС-синдром  
\*дефицит VII фактора

Наиболее точный метод диагностики гипергомоцистеинемии  
коагулограмма  
тромбоцитогарма  
определение уровня гомоцистеина в крови  
\*ДНК диагностика (ПЦР)

Повышение числа лейкоцитов при инфекционных заболеваниях чаще всего  
связано с увеличением  
эозинофилов  
лимфоцитов  
\*нейтрофилов  
моноцитов

Из перечисленных симптомов повышения внутричерепного давления  
выберите рентгенологические признаки  
обызвествление  
\*расхождение черепных швов  
застойные явления на глазном дне  
смещение м-ЭХО при эхоэнцефалоскопии

Укажите основные компоненты первичного туберкулезного комплекса  
\*первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит  
лимфангоит, лимфаденит  
первичный легочный аффект  
лимфангоит

К группе хромосомных заболеваний не относится  
болезнь Дауна  
\*синдром Альпорта  
синдром Шерешевского-Тернера  
синдром Патау

К наследственным нарушениям обмена билирубина не относится  
болезнь Криглера-Найяра  
болезнь Жильбера  
болезнь Ротера  
\*прегнановая желтуха

Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома возможно путем:

пальпации яичек  
определения 17-оксикортикостероидов  
определения полового хроматина  
\*определения кариотипа

Для гипертиреоза характерна:

макроглоссия  
затяжная желтуха  
склонность к гипотермии  
\*склонность к гипертермии

При фенилкетонурии доминирует:

поражение кишечника и нарастающая гипотрофия  
депрессия гемопоеза  
\*неврологическая симптоматика  
экзема и альбинизм

При синдроме Шерешевского-Тернера не наблюдается:

мужской кариотип по данным анализа на хроматин  
аменорея  
\*высокий рост  
порок развития сердечно-сосудистой системы

Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно:

замедление роста  
задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)  
\*увеличение полового члена  
нарушение нервно-психического развития

Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек не характерно :

увеличение клитора и половых губ  
наличие гипертрихоза  
увеличение в моче содержания 17-кетостероидов  
\*увеличение печени и селезенки

Для атопических заболеваний характерно увеличение уровня:

секреторного иммуноглобулина А  
иммуноглобулина G  
иммуноглобулина М  
\*иммуноглобулина Е

К показателям гуморального иммунитета относят:

\*уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е  
параметры фагоцитоза  
количество нормальных киллерных клеток (СД 16)  
показатели комплемента

Для дефицита клеточного иммунитета характерны:



частые вирусные инфекции  
грибковые заболевания  
\*частые бактериальные инфекции  
аутоиммунные заболевания

К иммунодефицитным состояниям относятся:  
синдром Альпорта  
\*синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)  
синдром Марфана  
синдром де Тони-Дебре-Фанкони

Для третьей фазы воспаления характерны:  
отек, набухание ткани  
альтерация  
\*фиброз, склероз, апоптоз  
диapedез

Механизм истинной аллергической реакции не включает:  
увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови  
повышенную выработку иммуноглобулина Е  
сенсбилизацию лимфоцитов  
\*увеличенное выделение гистамина без участия антител

Псевдоаллергическая реакция не реализуется за счет:  
\*атопических антител  
субстанции Р  
анафилатоксинов С5а, С3а  
физических факторов

Для диагноза аллергической реакции 1-го типа решающее значение имеют:  
эозинофилия крови  
повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов  
повышенное количество гистамина в моче  
\*высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови

При псевдоаллергической реакции отмечают:  
местную эозинофилию  
высокий уровень Ig Е  
положительную кожную пробу с "виновным" антигеном  
\*прямо пропорциональную зависимость реакции от количества введенного в организм вещества

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию ягоды:  
черника  
\*клубника  
смородина  
крыжовник

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи:  
кабачки  
огурцы  
капуста цветная

\*томаты

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию фрукты:

яблоки зеленого цвета

груши зеленого цвета

\*апельсины

персики

Редко вызывает пищевую аллергию мука:

гречневая

\*рисовая

овсяная

соевая

При пищевой аллергии не развивается:

\*себорейный дерматит

крапивница

атопический дерматит

отек квинке

Для врожденного токсоплазмоза более характерен:

\*хориоретинит

менингит

миокардит

геморрагический синдром

Почасовой прирост общего билирубина считается критическим :

более 3,2 мкмоль/час

\*более 6,8 мкмоль/час

более 4,8 мкмоль/час

более 4,6 мкмоль/час

Буллезный эпидермолиз – это:

гнойно-воспалительное заболевание

\*наследственное заболевание

аутоиммунный процесс

переходное состояние

Нормальные показатели чрезкожной пульсоксиметрии новорожденных:

99 – 100%

\*88 – 95%

74 – 90%

66 – 79%

В норме в ликворе определяются:

\*лимфоциты

нейтрофилы

эритроциты

астроциты

При гнойном менингите в ликворе определяются:

лимфоциты

\*нейтрофилы  
эритроциты  
эпителиоциты

Количество глюкозы в ликворе на фоне гнойного менингита:  
увеличивается  
\*уменьшается  
не меняется  
зависит от тяжести состояния

Количество белка в ликворе на фоне гнойного менингита:  
\*увеличивается  
уменьшается  
не меняется  
зависит от этиологии менингита

Исследование фосфолипидов в околоплодных водах служит для определения:  
пороков развития плода  
\*зрелости легких  
Rh- конфликта  
фетоплацентарной недостаточности

Низкая оценка по шкале Апгар может быть не связана с асфиксией в случае:  
при запоздалых родах  
при преждевременных родах  
на фоне преждевременной отслойки плаценты  
\*при медикаментозной депрессии

У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ - перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемия малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз:  
стеноз легочной артерии  
дефект межжелудочковой перегородки  
коарктация аорты  
\*открытый артериальный проток

При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло к неотложным мероприятиям не относятся:  
\*введение строфантина  
кислородотерапия  
введение  $\beta$ -блокаторов (анаприлин, обзидан)  
введение промедола

При отеке легких не наблюдается:  
одышка  
ортопноэ  
большое количество влажных хрипов в легких  
\*учащенное мочеиспускание

К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относятся:  
бледность кожных покровов  
нитевидный пульс  
падение артериального давления  
\*гиперемия кожи

Для артериальной гипотензии не характерно:  
повышенная утомляемость  
головная боль  
боль в области сердца  
\*повышенный аппетит

В раннем и дошкольном возрасте артериальная гипертензия может быть проявлением:  
\*коарктации аорты  
гипофункции щитовидной железы  
сахарного диабета 2 типа  
хронического пиелонефрита

В план обследования детей с артериальной гипертензией не входит:  
рентгенография органов грудной клетки  
биохимический анализ крови  
\*ЭЭГ  
ЭКГ

Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является:  
цистография  
УЗИ сосудов почек  
внутривенная урография  
\*ренальная ангиография

Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией:  
дефект межжелудочковой перегородки  
стеноз легочной артерии  
\*коарктация аорты  
дефект межпредсердной перегородки

При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет:  
фонокардиограмма  
эхокардиограмма  
\*ЭКГ  
реокардиограмма

Синусовая тахикардия на ЭКГ не отмечается при:  
миокардите  
тиреотоксикозе  
лихорадке  
\*вирусном гепатите

Ребенку с впервые выявленной частой экстрасистолией следует рекомендовать:  
ограничение физической активности  
кардиотрофическую терапию  
\*госпитализацию для обследования  
проведение холтеровского мониторирования амбулаторно

Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является:  
\*ЭКГ  
рентгенография органов грудной клетки  
исследование калия в крови  
ЭХО-кардиография

При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является:  
частота сердечных сокращений 120 в минуту  
\*частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений  
частота сердечных сокращений 140 в минуту  
перебои (выпадения) сердечных сокращений

Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются:  
ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS  
ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS  
\*ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS  
ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS

Первоочередным мероприятием при подозрении на приступ пароксизмальной тахикардии является  
\*снятие ЭКГ  
проведение ЭИТ (электроимпульсная терапия)  
проведение вагусных проб  
введение адреналина внутривенно

К проявлениям синдрома слабости синусового узла (СССУ) относятся:  
синусовая брадикардия  
\*синдром «брадикардии-тахикардии»  
синоатриальная блокада  
паузы ритма при проведении суточного мониторирования ЭКГ более 2-3 секунд

На приеме девочка 10 лет с жалобами на боли в сердце. клинически патологии не выявлено. ей необходимо назначить:  
\*ЭКГ, ЭХО-кардиографию  
реокардиограмму  
пробу с физической нагрузкой  
рентгенографию

Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно:

\*гипертрофия межжелудочковой перегородки  
увеличение полости левого желудочка  
гипертрофия предсердий  
аномальное крепление митральных хорд

Для дилатационной кардиомиопатии характерно:

гипертрофия левого желудочка  
\*увеличение полостей желудочков  
гипертрофия правого желудочка  
гипертрофия межжелудочковой перегородки

Интервал PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта) составляет:

0,14  
\*0,10 с  
0,18 с  
0,22 с

Снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано:

\*гиперкалиемией  
гипокалиемией  
инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии  
миокардитом

Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению:

ревматизма  
гипертрофической кардиомиопатии  
\*пароксизмальной тахикардии  
поствирусного миокардита

Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:

ЭКГ  
\*Эхо-КГ  
рентгенограмма сердца  
VELOЭРГОМЕТРИЯ

Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана наиболее достоверным является:

ЭКГ  
рентгенография  
векторкардиография  
\*Эхо-КГ

Предиктором внезапной сердечной смерти является:

\*авариабельный ритм  
синусовая аритмия  
AV-блокада I степени  
экстрасистолия

У ребенка 10 лет на фоне полного здоровья в бассейне остро возникло состояние, которое проявлялось ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, резкой слабостью, бледностью кожных покровов, однократной рвотой, тревогой. мальчик в сознании. предполагаемый диагноз:

менингококковая инфекция  
кишечная инфекция  
сотрясение головного мозга  
\*пароксизмальная тахикардия

Самой частой причиной развития мерцательной аритмии у детей является:

\*врожденный кардит  
врожденные пороки сердца «синего» типа  
синдром WPW  
пароксизмальная тахикардия

При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:

повышение иммуноглобулинов  
\*LE-клетки  
увеличение СОЭ  
изменения в моче

Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативны:

высокое СОЭ  
\*рентгенологические данные  
определение иммуноглобулинов  
утолщение костальной плевры

Этиологический фактор ревматической лихорадки:

пневмококк  
\*бета -гемолитический стрептококк группы А  
менингококк  
стафилококк

Характерные для острой ревматической лихорадки кожные проявления:

\*кольцевидная эритема  
буллезные высыпания  
розеолы  
крапивница

Для острой ревматической лихорадки характерны:

постоянные боли в суставах, особенно по ночам  
\*летучие боли в крупных суставах  
боли в суставах при ходьбе  
боли в суставах после приема мясной пищи, алкоголя  
утренняя скованность

Наиболее типичные симптомы геморрагического васкулита:

\*кожные высыпания  
Пневмония

миокардит  
гломерулонефрит

Для выявления выпота в полости перикарда наиболее информативны:  
радиоизотопное сканирование сердца

ЭКГ  
коронароангиография  
\*ЭХО - КГ

Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:  
бета-гемолитический стрептококк  
золотистый стафилококк  
\*хламидийная инфекция  
микобактерии туберкулеза

Совокупность симптомов, характерных для болезни Рейтера:  
\*артрит, уретрит, конъюнктивит  
артрит, плеврит, нефрит  
артрит, поражение кожи, серозиты  
артрит, поражение кожи, синдром Рейно

Высокий риск развития патологии пищевода при:  
\*недостаточности эзофагокардиального отдела  
спастическом запоре  
гепатите  
дисфункции билиарного тракта

При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:  
\*рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы  
гастрофибродуоденоскопию  
внутрижелудочную рН-метрию  
рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием

Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:  
\*гастрофибродуоденоскопия  
рентгенография ЖКТ с барием  
исследование кала на скрытую кровь  
внутрижелудочная рН-метрия

Для эзофагита характерно:  
\*боли за грудиной  
метеоризм  
жидкий стул  
тошнота

Наличие изжоги свидетельствует о:  
\*забросе желудочного содержимого в пищевод  
повышении кислотности желудочного содержимого  
язвенной болезни желудка



гастродуодените

Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно:

жидкий стул  
боли в животе  
\*ацетонурия  
метеоризм

При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:

\*сахар  
протромбин  
билирубин  
креатинин

Для халазии характерен следующий симптом:

боли в правом подреберье  
запоры  
боли натошак в эпигастрии  
\*рецидивирующая рвота

Для выявления халазии необходимо провести:

холецистографию  
\*рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой  
ирригоскопию  
колоноскопию

Ахалазия сопровождается:

\*рвотой непереваренной пищей  
рвотой с примесью желчи  
рвотой переваренной пищей  
изжогой

Боли за грудиной связаны:

с гиперацидностью  
\*с раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите  
с метеоризмом  
со спазмом сфинктера Одди

Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:

\*гастроэзофагорефлюксной болезни  
панкреатита  
язвенной болезни  
гастрита

Каковы показания для определения рН желудочного сока у детей:

дизурические явления  
\*тошачковые боли в эпигастральной области  
дисфагия  
запоры

Для язвенно-подобной диспепсии характерно:

изжога  
рвота  
\*тошачковые боли  
отрыжка

Для гиперацидности характерны:  
рвота  
боль в правом подреберье, диарея  
отрыжка  
\*изжога, тошачковая боль, запор

Для хеликобактериоза характерно наличие:  
гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны  
эрозивно—язвенного процесса  
гиперацидности  
\*специфических эндоскопических симптомов нет

Качественный метод диагностики хеликобактериоза:  
при обнаружении микроба в слюне методом ПЦР  
при положительном уреазном тесте с биоптатом  
\*при выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата  
при клинико-эндоскопическом исследовании

Наиболее информативным исследованием при гастрите является:  
\*эндоскопия с биопсией  
рентгеноконтрастное исследование  
УЗИ  
иридодиагностика

Клинический симптомокомплекс, обусловленный недостаточностью кардии:  
пилороспазм  
\*рецидивирующая рвота  
раздраженный желудок  
метеоризм

Для недостаточности привратника характерно:  
затруднение дефекации  
разжижение стула  
запоры  
\*боли во время еды и позывы на дефекацию во время еды

Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию:  
дивертикула желудка  
перегиба желудка  
ГЭРБ  
\*антрального гастрита

Для выявления дуоденогастрального рефлюкса наименее информативны:  
примесь желчи в рвотных массах  
обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке  
\*гиперацидность

антральный гастрит

Наиболее информативным методом диагностики артерио-мезентериальной компрессии является:

\*рентгеноконтрастное исследование с барием полипозиционное  
эндоскопия  
УЗИ  
копрограмма

При подозрении на артерио-мезентериальную компрессию показано:

Ре-исследование в вертикальной позиции  
Ре-исследование в горизонтальной позиции  
\*Ре-исследование в вертикальном, а затем - коленно-локтевом положении  
Ре-исследование в коленно-локтевом положении

Для диагностики дуоденита информативны данные:

\*эндоскопии с биопсией  
рентгеноскопии  
УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью  
биохимического анализа крови

Недостовверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является:

отечность  
\*гиперсекреция слизи  
картина "бульжной мостовой"  
феномен "манной крупы"

С течением дуоденита связана патология:

хронический тонзиллит  
колиты  
\*синдром билиарной дисфункции  
эзофагит

Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:

сезонность болей  
тощачковые боли в эпигастрии  
\*кровотечение из выявленной язвы  
изжога

При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки следует проводить рН- метрию:

колоноскопию  
\*ЭФГДС  
рентгеноконтрастное исследование

Особенно предрасполагают к развитию холепатии:

\*заболевания 12-перстной кишки  
гастрит  
пневмония  
панкреатит

Показатели копрограммы, связанные с патологией поджелудочной железы:

измененные мышечные волокна

\*нейтральный жир

лейкоциты

иглы жирных кислот

Условия выполнения дыхательного хелик-теста для диагностики нр:

натошак, не чистить зубы

\*почистить зубы, натошак

после приема стакана воды

после еды

Синдромом панкреатической недостаточности сопровождается:

\*муковисцидоз

лактазная недостаточность

экссудативная энтеропатия

гепатит

При установлении диагноза целиакция показаны:

увеличение белка в рационе питания

ограничение жира в рационе питания

\*аглиадиновая, низколактозная диета

специфическая диета не требуется

Сроки манифестации синдрома мальабсорбции при целиакии:

с рождения

0-1 мес.

\*через 1-2 месяца после введения глиадин-содержащего прикорма

после отмены грудного вскармливания

Стул на фоне приема молока ухудшается при:

муковисцидозе

\*лактазной недостаточности

мальтазной недостаточности

сахарозной недостаточности

Изменения в копрограмме, характерные для нарушения желчеотделения:

нейтральный жир

зерна крахмала

\*иглы жирных кислот

мышечные волокна

Методы контроля за эффективностью эрадикационной терапии нр-ассоциированного гастрита:

ФГДС

\*дыхательный хелик-тест

ИФА

ПЦР

Какие исследования являются «золотым стандартом» для подтверждения диагноза целиакция у детей:

ЭФГДС

определение антител к тканевой трансглутаминазе  
\*гистологическое исследование слизистой тонкой кишки  
исследование антиаглиадиновых IgA и IgG

Лабораторные критерии холестаза:  
повышение уровня АСТ, АЛТ  
повышение уровня холестерина  
повышение конъюгированного билирубина  
\*повышение уровня ЩФ, ГГТ

Снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера:  
мясные продукты  
\*цитрусовые, томаты, кофе, шоколад, жиры  
молоко, творог, кефир  
капуста, огурцы, кабачки, яблоки, сливы

Показатели копрограммы, связанные с патологией толстой кишки:  
мышечные волокна  
\*слизь, лейкоциты, эритроциты  
крахмал, мыла, нейтральный жир  
положительная реакция Грегерсена

Диагностические критерии функционального запора у детей:  
задержка опорожнения кишечника в течение 2 -3х дней  
\*задержка стула в течение 2 -3х дней, нормализация опорожнения  
кишечника при соблюдении режима питания и водной нагрузки  
задержка опорожнения кишечника 5-7 дней  
стул ежедневно на фоне слабительных

Показанием к проведению колоноскопии являются:  
\*жидкий стул с примесью крови  
колитический синдром в копрограмме  
стеаторея 2 типа  
стул по типу «мелены»

Первым признаком передозировки эуфиллина является:  
падение артериального давления  
\*головная боль, боли в животе, тошнота, рвота  
нарушение сердечного ритма  
одышка

При остром обструктивном ларинготрахеите не отмечается:  
изменение голоса  
грубый лающий кашель  
втяжение уступчивых мест грудной клетки  
\*экспираторная одышка

При использовании венозных катетеров наиболее часто возникает  
осложнение:  
\*флебит

травма катетером сердца  
эмболия  
сепсис

Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Врач "СМП"  
должен выяснить:  
снижен ли аппетит  
\*сколько выделяет мочи  
какие перенес детские инфекции  
какая температура в течение последней недели

При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто  
развивается:  
\*гиперкалиемиа  
гипернатриемиа  
гиперкальциемиа  
гипонатриемиа

К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся  
\*повышение мочевины крови  
увеличение плотности мочи  
повышение кальция крови  
повышение натрия в крови

Наименее информативен для оценки противошоковой терапии показатель:  
\*нормализации артериального давления  
устранение тахикардии  
нормальный уровень центрального венозного давления  
ликвидация метаболического ацидоза

Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при  
проведении инфузионной терапии заключается:  
\*в регулярном взвешивании ребенка  
в сборе суточной мочи  
в определении величины гематокрита  
в определении ОЦК

При отравлении бледной поганкой развивается:  
судорожный синдром  
острая почечная недостаточность  
\*острая печеночная недостаточность  
геморрагический синдром

Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой составляет:

15 - 30 мин

1 – 2 ч

\*12-24 ч

24-48 часов

Гиперемия кожных покровов, галлюцинации, расширение зрачков наблюдаются при отравлении ядовитыми растениями:

ландыш майский

\*дурман (белена)

вех ядовитый

наперстянка

Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:

гнойный менингит

\*энцефалитические реакции при вирусных инфекциях

эпилепсия

травма головного мозга

При отравлении атропиноподобными веществами наблюдается:

саливация, бронхоспазм, сужение зрачков

угнетение сознания, сужение зрачков

\*гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков

неукротимая рвота

При метаболическом ацидозе в организме ребенка происходит расширения капилляров

\*спазм капилляров и снижение эффекта адреналина

снижение сократительной способности капилляров

нарушение проницаемости капилляров

Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно

задержка психомоторного развития

длительно существующая желтуха новорожденных

сухость кожи

\*диарея

Для больного сахарным диабетом не характерно

жажда

учащенное мочеиспускание

похудание

\*плаксивость

При сольтеряющей форме врожденной дисфункции надпочечников не характерно  
вялость  
мышечная гипотония  
жидкий стул  
\*запоры

У больных с врожденным первичным гипотиреозом не отмечается  
\*высокий уровень гормона роста  
снижение вольтажа на ЭКГ  
повышение уровня ТТГ  
снижение уровня свободного Т4

Для больного сахарным диабетом не характерно  
жажда  
полиурия  
\*экзофтальм  
сухость кожи

При сольтеряющей форме врожденной дисфункции надпочечников не характерно  
\*гипергликемия  
гиперкалиемиа  
высокий заостренный зубец Т на ЭКГ  
обезвоживание

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:  
конституционально-экзогенное ожирение  
\*гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена  
артериальная гипертензия  
вазореальная гипертензия

Девочка 10 лет, ожирение 1-2 степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз  
\*конституционально-экзогенное ожирение  
гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена  
церебральное ожирение  
болезнь Иценко-Кушинга



Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать  
наличие глюкозурии  
\*лейкоцитоз  
наличие ацетонурии  
наличие ацидоза

У девочки 3-х лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень \*3см. Гликемия натощак - 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 л. Ваш предварительный диагноз  
почечная глюкозурия  
\*сахарный диабет 1 типа  
несахарный диабет  
нарушение толерантности к углеводам

При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается  
тремор рук  
судороги  
\*гиперпигментация кожи  
желтушность кожи

У девочки 12-ти лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. ваш предварительный диагноз  
церебрально-гипофизарный нанизм  
болезнь Дауна  
\*синдром Шерешевского - Тернера  
синдром Альпорта

Метаболический синдром у подростков, помимо артериальной гипертензии и ожирения, характеризуется  
гиперинсулинемией, гиперурикемией, гипогликемией  
гипертриглицеридемией, гипербилирубинемией, гипохолестеринемией  
\*гиперинсулинемией, гиперлипидемией, снижением толерантности к глюкозе  
нормохромной анемией, гипергликемией, гиперкреатининемией

При гипертоническом кризе у подростков жалобы на головную боль и «мушки» перед глазами сочетаются с  
абдоминальным синдромом и нарушением кожной чувствительности  
\*тахикардией и витальным страхом  
схваткообразными болями в животе и водянистой диареей

головокружением и болезненными мочеиспусканиями

Патогенетической основой развития гипертоксической формы дифтерии является развитие:

миокардита

\*инфекционно-токсического шока

острой почечной недостаточности

энцефалита

Для подтверждения диагноза менингококкового менингита не используют данный метод исследования цереброспинальной жидкости:

определения цитограммы

определения уровня глюкозы

\*выделения культуры вируса

Бактериоскопии

Типичным осложнением токсической дифтерии является:

пневмония

\*миокардит

гломерулонефрит

менингит

Синдром, не характерный для скарлатины:

интоксикация

ангина

\*гепатоспленомегалия

экзантема

Для краснушной инфекции характерны симптомы:

\*умеренная интоксикация

лающий кашель

осиплость голоса

синдром крупа

По типу развития диарейного синдрома к «инвазивным» не относится:

шигеллез Зонне

сальмонеллез энтеритидис

клостридиоз перфрингенс

\*холера Эль-Тор

Звено патогенеза, обуславливающее тяжесть течения холеры:

интоксикация

\*дегидратация

инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

метеоризм, вздутие живота

Паратонзиллярный абсцесс:

является осложнением ангины и не сопровождается температурой и ускорением СОЭ

не является осложнением ангины и сопровождается высокой температурой и повышением СОЭ

\*является осложнением ангины и сопровождается высокой температурой и повышением СОЭ

не является осложнением ангины и не сопровождается высокой температурой и повышением СОЭ

При локализованной форме дифтерии ротоглотки:  
температура свыше 40°C

резкая боль при глотании

отек клетчатки шеи

\*налеты, не выходящие за пределы миндалин

Морфологической основой фульминантной формы гепатита В и D является:  
баллонная дистрофия

\*массивный некроз

цирроз

жировой гепатоз

При респираторно-синцитиальной инфекции у детей 1 года жизни  
отмечается:

\*бронхиолит

менингит

высыпания на коже

кардит

Кашель с репризами характерен для:

кори

синдрома крупа

\*коклюша

пневмонии

Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является:  
офтальмогерпес

\*поражение кожи и слизистых

стоматит

энцефалит

Сывороточным маркером периода разгара острого гепатита В не является  
следующий показатель ИФА:

анти-НВс IgM

НВеAg

\*анти – НСV

НВsAg

Гепатит с подтверждается обнаружением в крови:

анти-СМV

\*анти-НСV

анти-НВс IgG

НВs- антигена

Об эффективности противовирусной терапии при хронических вирусных гепатитах судят по:

нормализации показателей сулемовой пробы

\*нормализации уровня сывороточных трансаминаз

понижению уровня гипербилирубинемии

нормализации щелочной фосфатазы

Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

стафилококкового менингита

пневмококкового менингита

менингита, вызванного вирусом Коксаки

\*менингококцемии

При пальпации печени у больного гепатитом А никогда не выявляется:

\*бугристая поверхность

увеличение размеров

плотно-эластическая консистенция

болезненность

При менингите паротитной этиологии данный симптом не выявляется:

лихорадка

\*геморрагическая сыпь

головная боль

менингеальные знаки

Сыпь при краснухе:

\*мелко-пятнистая, розового цвета на неизменном фоне кожи

уртикарная, неправильной формы

папулезно- везикулезная

геморрагическая

При субклинической форме гепатита А отмечается:

увеличение печени

иктеричность склер и кожи

\*повышение активности АлАт в сыворотке крови

гипербилирубинемия за счет прямого билирубина

Круп характерен для:

\*дифтерии

менингококковой инфекции

энтеровирусного заболевания

риновирусной инфекции

|          |               |   |
|----------|---------------|---|
|          |               | <p>Характерным клиническим показателем типичного гепатита А в периоде разгара является:</p> <p>желтуха<br/>гепатомегалия<br/>увеличение показателя АлАт<br/>*увеличения сулемовой пробы</p> <p>Ранним осложнением тяжелой дифтерии является:</p> <p>энцефалит<br/>гепатит<br/>*миокардит<br/>септический эндокардит</p> <p>Дифтеритическое воспаление развивается на:</p> <p>*слизистой носа<br/>коже<br/>слизистой гортани<br/>слизистой трахеи</p> <p>Для «скарлатинозного» сердца характерны:</p> <p>тахикардия + снижение АД<br/>*брадикардия + снижение АД<br/>тахикардия + повышение АД<br/>брадикардия +повышение АД</p> |
| <b>К</b> | <b>ПК-6</b>   | <b>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</b>   |
| <b>Ф</b> | <b>Б/02.8</b> | Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности   |
| <b>Ф</b> | <b>Б/03.8</b> | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов  |
| <b>И</b> |               | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| <b>Т</b> |               | <p>Тестовые задания</p> <p>У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес, необходимо<br/>сделать люмбальную пункцию<br/>*ограничиться наблюдением<br/>сделать рентгенограмму черепа<br/>сразу назначить витамин D до 5000 МЕ в сутки</p> <p>При внезапно возникшей макрогематурии диагностический поиск целесообразно начать с<br/>*ультразвукового исследования мочевого системы<br/>радионуклидное исследование почек<br/>цистографии<br/>компьютерной томографии</p>  |

для приготовления пищи при глютеновой - индуцированной целиакии  
рекомендуется использовать  
пшеничную муку  
ржаную муку  
овсяные хлопья  
\*кукурузную крупу

Продолжительность периода определения толерантности к  
пище при гипотрофии 1 степени составляет  
\*1-2 дня  
3-7 дней  
10 дней  
до 14 дней

Продолжительность периода определения толерантности к  
пище при гипотрофии 2 степени составляет  
1-2 дня  
\*3-7 дней  
10 дней  
до 14 дней

Объем питания при постнатальной гипотрофии 1 степени в  
период определения толерантности к пище составляет  
\*2/3 от нормы  
1/2 от нормы  
1/3 от нормы  
80% от нормы

Объем питания при постнатальной гипотрофии 2 степени в  
период определения толерантности к пище составляет  
2/3 от нормы  
\*1/2 от нормы  
1/3 от нормы  
80% от нормы

Объем питания при постнатальной гипотрофии 3 степени в  
период определения толерантности к пище составляет  
2/3 от нормы  
1/2 от нормы  
\*1/3 от нормы  
80% от нормы

При гипотрофии расчет питания по жирам производится  
\*на фактическую массу ребенка  
на долженствующую массу ребенка  
на приблизительно долженствующую массу ребенка  
расчет зависит от возраста ребенка

При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно  
использовать  
\*триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)  
макролиды

полусинтетические пенициллины, потенцированные  
клавулановой кислотой или сульбактамом  
цефалоспорины 2-го поколения

К лекарственным препаратам, контролирующим течение  
бронхиальной астмы, относятся  
бета-2-адреномиметики короткого действия  
ингаляционные холинолитики  
\*ингаляционные глюкокортикостероиды  
антигистаминные средства

Бронходилататором короткого действия является  
эуфилонг  
салметерол  
теопэк  
\*беродуал

При «аспириновой» бронхиальной астме противопоказан  
тавегил  
эуфиллин  
\*ибупрофен  
интал

Противокашлевым эффектом обладает  
амбробене  
амброксол  
бромгексин  
\*либексин

Обструктивным бронхолегочным заболеванием является  
экзогенный аллергический альвеолит  
эозинофильная пневмония  
фиброзирующий альвеолит  
\*бронхиальная астма

Для приступного периода при бронхиальной астме не  
характерно  
нарушение подвижности грудной клетки  
вздутие грудной клетки  
\*увеличение лимфоузлов средостения  
усиление сосудистого рисунка

Решающее значение для диагностики хронического бронхита  
имеет  
рентгенография грудной клетки  
физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания  
и наличие влажных хрипов  
исследование функции внешнего дыхания  
\*бронхография

В основе хронического облитерирующего бронхиолита лежит преходящий бронхоспазм  
\*облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого  
транзиторный отек слизистой бронхов  
кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета

Достоверный метод верификации хронического бронхита  
Общеклинические физикальные исследования  
рентгенография органов грудной клетки  
посев мокроты  
\*бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим исследованием бронхиального содержимого

К ингаляционным бронходилататорам не относится  
сальбутамол  
фенотерол  
ипратропиум бромид  
\*интал (кромогексал натрия)

К основным лечебным мероприятиям в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии не относятся  
бронхолитики  
отхаркивающие  
вибрационный массаж грудной клетки и кинезиотерапия  
\*антибиотики

Препаратом выбора для эмпирической антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии не является  
пенициллин  
амоксиклав  
\*гентамицин  
цефалоспорины II поколения

Селективность протеинурии определяют для оценки состояния  
петли Генле  
эпителия дистальных канальцев  
\*мембраны клубочков  
эпителия проксимальных канальцев

Торпидное течение характерно для нефротической формы гломерулонефрита  
пиелонефрита  
волчаночного нефрита  
\*наследственного нефрита

Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о  
нарушении обмена кальция  
нарушении обмена щавелевой кислоты  
атопическом дерматите



\*нарушении обмена пуринов

Мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится целесообразно назначить диету

стол гипохлоридный

стол вегетарианский

\*стол без соли, мяса

стол с ограничением белка

Лечение пневмонии в домашних условиях возможно, если неосложненная форма у ребенка в возрасте до 1 года

пневмония, осложненная кардиоваскулярным синдромом

\*неосложненная форма пневмонии у ребенка 4 лет

пневмония у ребенка из социально неблагополучной семьи

Антибиотики при ветряной оспе назначают

при тяжелой форме

\*при появлении гнойных осложнений

при энцефалите

с целью профилактики осложнений

Длительный и стабильный эффект при лечении пищевой аллергии дают

мембраностабилизирующие препараты

элиминационная диета

\*специфическая гипосенсибилизация

энтеросорбенты

Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита с сенсибилизацией к

белку коровьего молока целесообразно проводить

адаптированными смесями на основе козьего молока

соевыми смесями

смесями на основе частично гидролизованного белка

сыворотки

\*смесями на основе аминокислот

Для консервативного лечения ОАП (открытого артериального протока) применяется препарат

вазапростан

\*ибупрофен

парацетамол

сурфактант

Активность лимфоцитов и плазматических клеток подавляет:

супрастин

\*метилпреднизолон

дигоксин

трентал

К врожденным порокам сердца, которые лечатся оперативно на первом году жизни ребенка не относят:

тетрада Фалло  
коарктация аорты  
транспозиция крупных сосудов  
\*открытое овальное окно

Осложнения со стороны крови могут возникнуть при использовании:

\*диклофенака  
папаверина  
тавегила  
супрастина

У ребенка с анемией не применяется препарат:

пенициллин  
\*левомицетин  
цеклор  
макропен

При дистрофии миокарда показано назначение:

ацетилсалициловой кислоты  
диклофенака  
\*кардиотрофиков  
капотена

Более быстрое диуретическое действие оказывает:

гипотиазид  
\*лазикс  
диакарб  
верошпирон

Агрегацию тромбоцитов не уменьшает:

продектин  
тиклид  
\*строфантин  
дипиридамол

К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится:

пироксикам  
\*десферал  
лорноксикам (ксефокам)  
диклофенак

У детей для стимуляции секреции целесообразно использовать:

гистамин  
\*мясной бульон  
хлеб с водой  
кофеин

При хеликобактериозе не эффективен:

де-нол

препараты висмута  
\*спазмолитик  
макролид

Эвакуацию из желудка замедляет:

Жидкости  
мясные блюда  
щелочное питье  
\*кефир

При недостаточности привратника целесообразно назначать:

мезим-форте  
фестал  
\*мебеверин  
креон

При недостаточности привратника рекомендуется:

\*начинать еду с кислого  
Фосфалюгель  
запивать пищу водой  
креон

Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:

\*кровотечение  
перфорация  
пенетрация в поджелудочную железу  
малигнизация

При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни наименее эффективна:

гипербарическая оксигенация  
лазеротерапия  
эндоскопическая санация  
\*акупунктура

При язвенной болезни с повышенной кислотностью показаны:

свежий хлеб  
картофельное пюре  
молочные кисели, слизистые супы  
\*белковые продукты, пюреобразные супы, каши размазни

Механизм действия гиосцина бутилбромид (бускопан):

\*действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника  
оказывает ганглиоблокирующее действие  
действует как прокинетики

Терапевтические мероприятия при функциональных запорах:

прием пищи 5 раз в день, Диета № 3

диета №3, двигательный режим, очистительные клизмы в течение 3-х недель, формирование рефлекса на дефекацию  
диета №5, прием слабительных 3-4 недели, формирование рефлекса на дефекацию, опорожнение кишечника в одно и то же время

\*прием пищи 5 раз в день, диета № 3, достаточный прием жидкости, двигательный режим, опорожнение кишечника в одно и то же время

Режим назначения антацидов:

\*через 1-1,5 часа после еды, при болях  
за 20 мин до еды  
сразу после еды  
на ночь

Терапевтические мероприятия при срыгиваниях у детей раннего возраста:

успокоить родителей, смеси с гидролизатами  
кормить по требованию  
смеси с пре- и пробиотиками

\*постуральная терапия, исключить перекорм, аэрофагию, использовать загустители, антирефлюксные смеси

Детям с реактивным панкреатитом следует рекомендовать следующие дозы панкреатических ферментов (креон):

2000 - 6000 ЕД/кг/сутки

4000-6000 ЕД/кг/сутки

2500 – 3000 ЕД/ кг/сутки

\*500-1000-2000 ЕД/кг/ сутки

Расслаблению желчного пузыря способствует:

\*умеренное раздражение блуждающего нерва  
выброс секретина  
раздражение симпатического нерва  
прием углеводов

Механизм действия гимекромона (одестона):

действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря  
снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника

оказывает ганглиоблокирующее действие

\*оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря, усиливает образование и отделение желчи

При стенозе гортани III степени ингаляции следует проводить:

30 мин

2 ч

каждые 3 часа по 10 минут

\*до появления продуктивного кашля

Основная задача начального этапа инфузионной терапии при заключается в:  
восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости  
\*восстановлении объема циркулирующей плазмы  
дезинтоксикации  
восстановлении объема циркулирующих эритроцитов

Увеличивает текучесть крови в большей степени препарат:  
10 % раствор альбумина  
раствор Рингера  
нативная плазма  
\*реополиглюкин

Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является:  
1% раствор хлорида калия  
раствор фосфата калия  
\*смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия  
10% раствора хлористого калия

Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является:  
10% раствор хлорида натрия  
0,9% раствор хлорида натрия  
\*раствор Рингера  
глюкоза 40%

Метаболический ацидоз при травматическом шоке купируется прежде всего путем:  
проведения искусственной вентиляции легких  
адекватного обезболивания  
\*ликвидации дефицита ОЦК  
введения раствора гидрокарбоната натрия

После отравления кислотами промывание желудка в первые часы целесообразнее проводить:  
\*4 % раствором гидрокарбоната натрия  
теплой водой  
0,1 % раствором марганцовокислого калия  
раствором Рингера

При лечении больных с подвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение:  
диуретиков  
симпатомиметиков  
\*ингаляционных кортикостероидов

|   |        |   |
|---|--------|---|
|   |        | <p>ингаляционных b-2-агонистов</p> <p>При расчёте общего объема жидкости при проведении инфузионной терапии не учитываются:</p> <p>состояние и функции органов кровообращения</p> <p>*уровень сахара крови</p> <p>наличие патологических потерь воды и ионов из организма</p> <p>физиологических потребностей организма в воде</p> <p>У детей грудного возраста рекомендуется применять в качестве жаропонижающего:</p> <p>анальгин</p> <p>диклофенак</p> <p>*ибупрофен</p> <p>ацетилсалициловую кислоту</p> <p>«Стационар на дому» при лечении детей с острыми кишечными инфекциями «секреторного» типа не предусматривает назначение данной терапии:</p> <p>ферментотерапия</p> <p>*иммунотерапия</p> <p>оральной регидратация</p> <p>диетотерапии</p> <p>При кишечных инфекциях у детей с целью энтеральной детоксикации используют:</p> <p>*регидрон</p> <p>креон</p> <p>фосфоглив</p> <p>линекс</p> <p>В остром периоде кишечных инфекций в рационе питания детей используют:</p> <p>*молочно-кислые продукты (кефир, нежирный творог).</p> <p>рисовая каша на цельном молоке</p> <p>цитрусовые (апельсины, мандарины)</p> <p>мясные и рыбные бульоны</p> <p>В рацион питания детей с кишечными инфекциями в остром периоде запрещены:</p> <p>*жирные сорта мяса, рыбы, птицы</p> <p>консервы для детского питания</p> <p>фруктовые йогурты и ряженки</p> <p>молочно-кислые продукты</p> |
| К | ПК-7   | <b>готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации</b>   |
| Ф | Б/06.8 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала  |

|   |        |  |
|---|--------|--|
| Ф | Б/07.8 | Оказание медицинской помощи в экстренной форме   |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>   |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Ребенок 2 лет, тяжелое состояние, температура 39 С, сомнолентность, ригидность мышц затылка и небольшие кожные кровоизлияния. в ликворе 600 клеток, почти все гранулоциты, сахар снижен и белок повышен. Наиболее вероятный возбудитель менингита</p> <p>пневмококк<br/>*менингококк<br/>микобактерия туберкулеза<br/>вирус кори</p> <p>Тест, с которого нужно оценивать состояние гемостаза в urgentных состояниях</p> <p>протромбиновый индекс<br/>время кровотечения по Дюке<br/>время свёртывания по Ли-Уайту<br/>*активированное время свёртывания крови</p> <p>Не являются показанием к госпитализации при пневмонии</p> <p>возраст больного до 6 месяцев<br/>*субфебрильная температура в течение 3 дней<br/>отсутствие эффекта через 36 - 48 часов после назначения антибактериальной терапии<br/>осложненная пневмония</p> <p>Для остановки кровотечения больному с гипопластической анемией предпочтительнее переливать</p> <p>эритроцитарную массу<br/>консервированная кровь<br/>*тромбоцитарную массу<br/>Плазму</p> <p>Основная терапия кровотечений при гемофилии</p> <p>переливание эритроцитарной массы<br/>*введение факторов свёртывающей системы крови<br/>введение ингибиторов фибринолиза<br/>введение витамина</p> <p>С изменения в гемограмме у больного сепсисом в виде лейкоцитоза <math>40 \times 10^9/\text{л}</math> со сдвигом влево до миелоцитов, токсической зернистости нейтрофилов трактуются как:</p> <p>острый лейкоз<br/>*лейкемоидная реакция нейтрофильного типа<br/>лейкоцитоз со сдвигом влево<br/>такие изменения нехарактерны для сепсиса</p> <p>При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать:</p> <p>*пульс на периферических сосудах</p> |

|   |        |   |
|---|--------|---|
|   |        | <p>пульс на крупных артериях</p> <p>улучшение цвета кожи и слизистых</p> <p>восстановление работы сердца</p>  |
| К | ПК-8   | <b>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</b>   |
| Ф | Б/03.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Антагонистом витамина D является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*витамин А</li> <li>витамин В6</li> <li>витамин В12</li> <li>витамин Е</li> </ul> <p>Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1-2 дня</li> <li>*3 или 5 дней</li> <li>7-10 дней</li> <li>11-14 дней</li> </ul> <p>При лечении бронхиальной астмы серьезные побочные эффекты развиваются чаще при длительном применении ингаляционных кортикостероидов</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>кромогликата</li> <li>*пероральных кортикостероидов</li> <li>b-2-адреноблокаторов</li> </ul> <p>При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамаз продуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать феноксиметилпенициллин</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой</li> <li>амоксициллин</li> <li>азитромицин</li> </ul> <p>При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать природные и полусинтетические пенициллины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*макролиды</li> <li>аминогликозиды</li> <li>цефалоспорины 1-го поколения</li> </ul> <p>Из осложнений острого постинфекционного гломерулонефрита чаще наблюдается</p> |



\*гипертоническая энцефалопатия

отек легких

кровотечение

сердечная недостаточность

Капотен относится к

$\beta$ -адреноблокаторам

ганглиоблокаторам

\*ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента

$\alpha$ -адреноблокаторам

Снижает артериальное давление путем изменения водно-электролитного баланса

\*гипотиазид

дибазол

натрия нитропруссид

ганглиоблокаторы

Ингибитором синтеза ангиотензина-II является

пропранолол

апресин

\*эналаприл

верапамил

Показанием к назначению глюкокортикостероидов является

\*нефротическая форма гломерулонефрита

гематурическая форма гломерулонефрита

тубулоинтерстициальный нефрит

дизметаболическая нефропатия

Глюкокортикостероиды

\*повышают содержание глюкозы в крови

увеличивают количество лимфоцитов в крови

увеличивают синтез белков

являются иммуностимуляторами

При почечной недостаточности противопоказан

klarитромицин

лазикс

оксациллин

\*гентамицин

К непрямым антикоагулянтам относится

гепарин

\*фенилин

дипиридамол

трентал

Из диуретиков для получения быстрого эффекта целесообразно применять

верошпирон

верошпирон в сочетании с гипотиазидом

\*лазикс

|   |        |  |
|---|--------|--|
|   |        | <p>Триампур</p> <p>При назначении хлорбутина исследование общего анализа крови необходимо проводить<br/> один раз в 20 дней<br/> *один раз в 7-10 дней<br/> 1 раз в 3 дня<br/> 1 раз в месяц</p> <p>Чаше возникает остеопороз при назначении<br/> *триамцинолона<br/> трентала<br/> лазикса<br/> верошпирона</p> <p>Не улучшает микроциркуляцию<br/> трентал<br/> курантил<br/> *гентамицин<br/> эуфиллин</p> <p>При гемофилии А следует вводить гемопрепарат<br/> прямое переливание крови от матери<br/> *концентрат VIII фактора<br/> прямое переливание крови<br/> «отмытые» эритроциты</p> <p>Отсутствие эффекта гепаринотерапии геморрагического васкулита обусловлено<br/> высоким уровнем ЦИК<br/> *дефицитом антитромбина III<br/> гиперлипидемией<br/> гипопротенемией</p> |
| К | ПК-9   | <b>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</b>   |
| Ф | Б/05.8 | Проведение медицинских экспертиз   |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>   |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Среди факторов, определяющих развитие хронического пиелонефрита, ведущую роль играют<br/> генетическая предрасположенность<br/> *нарушение уродинамики<br/> иммунокомплексный процесс<br/> метаболические нарушения</p> <p>Содержание гемоглобина у детей до 6 лет в норме равно (г/л):<br/> 90-150</p>   |

|   |        |   |
|---|--------|---|
|   |        | <p>*120-140<br/>130-150<br/>190-215</p> <p>Уровень тромбоцитов здорового ребёнка старше года составляет (109/л)<br/>100-150<br/>50-100<br/>100-200<br/>*150-400</p> <p>Артериальное давление на руках можно измерить<br/>с 3 лет<br/>с 1 года<br/>с периода новорожденности<br/>*в любом возрасте</p> <p>Правильное соотношение артериального давления следующее<br/>АД на руках и ногах одинаково<br/>АД на руках выше, чем на ногах<br/>АД на ногах выше, чем на руках, но не более 10-15 мм рт. ст.<br/>*АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт. ст.</p>  |
| К | ПК-10  | <b>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</b>  |
| Ф | Б/01.8 | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |
| Ф | Б/06.8 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Основной путь передачи внутрибольничной инфекции:<br/>*через руки персонала<br/>через продукты питания<br/>через белье<br/>через предметы ухода</p> <p>Непастеризованное молоко, собранное у матери в ночные часы можно хранить в холодильнике молочной комнаты родильного дома, в течение:<br/>не более 6 часов<br/>*не более 12 часов<br/>не более 24 часов<br/>не более 48 часов</p> <p>Комиссию по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, возглавляет<br/>*заместитель руководителя медицинской организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии - по лечебной работе)</p> |

руководитель медицинской организации  
врач-эпидемиолог медицинской организации  
главная медицинская сестра медицинской организации

Ответственность за организацию и выполнение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в стационаре возлагается на

\*руководителя медицинской организации  
заместителя руководителя медицинской организации  
врача-эпидемиолога медицинской организации  
главную медицинскую сестру медицинской организации

Антибактериальный препарат для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у пациентов с хирургическими вмешательствами должен быть введен

\*за 30-40 минут до начала операции

за сутки до операции  
за 12 часов до операции  
сразу после операции

Доза антимикробного препарата для антибиотикопрофилактики

\*соответствует обычной терапевтической  
превышает терапевтическую  
меньше терапевтической  
зависит от принятых в данном отделении стандартов

Типичным возбудителем инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, является

\**Pseudomonas aeruginosa*  
*Burkholderia mallei*  
*Pseudomonas syringae*  
*Erwinia atroseptica*

Порядок оказания медицинской помощи включает в себя:

\*правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача)

усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских изделий, имплантируемых в организм человека  
усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов  
информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Типичным возбудителем инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, является

\**Klebsiella pneumoniae*  
*Burkholderia mallei*  
*Rickettsia sibirica*  
*Erwinia atroseptica*

К профилактическим мерам в медицинской организации относят

\*гигиеническую обработку рук медицинских работников  
очаговую дезинфекцию

|   |        |  |
|---|--------|--|
|   |        | <p>антимикробную химиотерапию<br/>карантин</p> <p>Продукты, из которых лучше усваивается железо<br/>*мясо<br/>гречка<br/>гранаты<br/>яблоки</p>  |
| К | ПК-11  | <b>готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</b>  |
| Ф | Б/03.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов   |
| Ф | Б/06.8 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала   |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>   |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Под неонатальной смертностью подразумевают<br/>число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных<br/>число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми<br/>*число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 часа 59 мин) жизни из 1000 живорожденных<br/>число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 часа 59 мин) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>Под ранней неонатальной смертностью подразумевают<br/>число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми<br/>*число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000 живорожденных<br/>число детей, умерших в течение первых полных 3 суток (2 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000 живорожденных<br/>число детей, умерших в течение первых полных 14 суток (13 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми</p> <p>Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране<br/>уровень рождаемости<br/>уровень смертности<br/>количество врачей на душу населения<br/>*младенческая смертность</p> |
| К | ПК-12  | <b>готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации</b>   |

|   |        |   |
|---|--------|---|
| Ф | Б/07.8 | Оказание медицинской помощи в экстренной форме  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Неотложным мероприятием при сольтеряющей форме врожденной дисфункции надпочечников не является:<br/> введение 5% раствора глюкозы внутривенно капельно<br/> *введение свежзамороженной плазмы<br/> введение физиологического раствора<br/> введение внутримышечно и внутривенно гидрокортизона каждые 6-8 часов</p> <p>При сахарном диабете I типа, диабетической гипогликемической коме не следует:<br/> вводить 40% раствор глюкозы<br/> вводить подкожно 0,5-1,0 мл адреналина<br/> *вводить инсулин<br/> назначать диету с ограничением жира<br/> реанимационные мероприятия при остановке сердца не включают:<br/> подачу сигнала тревоги<br/> *прикладывания холода на магистральные сосуды<br/> непрямой массаж сердца + ИВЛ<br/> укладывание пострадавшего на твердую поверхность</p> <p>Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности не включает:<br/> ликвидацию дыхательной недостаточности<br/> *витаминотерапию<br/> коррекцию кислотно—щелочного равновесия<br/> оксигенотерапию</p> |
| К | ПК-13  | <b>готовностью к раннему выявлению злокачественных новообразований у детей и подростков, разработке программ лечения, наблюдения и реабилитации</b>   |
| Ф | Б/02.8 | Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности   |
| Ф | Б/03.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Лейкопения наблюдается при узелковом полиартериите</p>   |

\*волчаночном нефрите  
дисметаболической нефропатии  
гломерулонефрите

Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе  
ретикулоцитопения  
\*ретикулоцитоз  
нейтропения  
тромбоцитопения

Для верификации диагноза острого лейкоза наиболее достоверно исследование  
анализ периферической крови  
\*производство миелограммы  
биохимическое исследование крови  
определение уровня ферритина крови

При остром лейкозе не являются абсолютно необходимыми исследования  
рентгенография грудной клетки  
клинический анализ крови  
\*цистография  
стерильная пункция

Правильная тактика ведения после постановки диагноза острого лейкоза  
\*госпитализация в специализированное гематологическое отделение  
госпитализация в соматическое отделение  
консультация гематолога  
консультация онколога

Наиболее информативным методом диагностики апластической анемии является  
клинический анализ крови  
коагулограмма  
стерильная пункция  
\*трепанобиопсия

Апластические анемии у детей чаще проявляются  
единичными клетками гранулоцитов в мазках крови  
\*содержание гранулоцитов менее  $0,5 \times 10^9/\text{л}$   
содержание гранулоцитов выше  $0,5 \times 10^9/\text{л}$   
содержание гранулоцитов выше  $1,5 \times 10^9/\text{л}$

Основными причинами смерти при тотальной форме гипопластической анемии  
гепатоспленомегалия  
\*кровотечения в жизненно важные органы  
инфекционно-воспалительные процессы дыхательных путей  
полиорганная дистрофия

Наиболее предпочтительным методом лечения приобретённой гипопластической анемии является  
спленэктомия

|   |        |   |
|---|--------|---|
|   |        | <p>витамин В12<br/>анаболики<br/>*трансплантация костного мозга</p> <p>Гиперлейкоцитоз (<math>50-200 \times 10^9/\text{л}</math>) характерен для пневмонии<br/>артрита<br/>*лейкоза<br/>карбункула</p> <p>Наиболее достоверный диагностический признак острого лейкоза<br/>геморрагический синдром<br/>обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта<br/>*бластные клетки в миелограмме более 30%<br/>анемический синдром</p> <p>Лейкемоидная реакция – это<br/>повышение количества лейкоцитов более <math>20 \times 10^9/\text{л}</math><br/>*повышение количества лейкоцитов более <math>40 \times 10^9/\text{л}</math><br/>повышение количества лейкоцитов более <math>30 \times 10^9/\text{л}</math><br/>повышение количества лейкоцитов более <math>10 \times 10^9/\text{л}</math></p> |
| К | УК-1   | <b>готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</b>  |
| Ф | Б/01.8 | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |
| Ф | Б/02.8 | Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности   |
| Ф | Б/03.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов  |
| Ф | Б/04.8 | Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения  |
| Ф | Б/05.8 | Проведение медицинских экспертиз  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | <p>Тестовые задания</p> <p>Условное сокращение «ФГОС ВО» означает:<br/>государственный стандарт обучения<br/>федеральный стандарт высшего образования<br/>*федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования<br/>федеральные государственные требования</p> <p>Основная особенность творческого мышления состоит в:<br/>умении извлекать главное<br/>способности реагировать на внутренние и внешние действия<br/>склонности индивида к определённым психическим сознаниям<br/>*умении анализировать любые проблемы, устанавливая логическую связь</p>   |



Наиболее частая причина мутации гена  
инфекционный фактор  
\*радиация  
нервно-психический фактор  
алкоголизм

Делция – это  
дополнительная хромосома  
перемещение одной хромосомы в другую пару  
\*утрата части хромосомы  
соединение плечиков хромосомы

Доминантный патологический ген отца локализован в X-хромосоме может заболеть  
мальчик  
\*девочка  
все дети будут здоровы  
могут заболеть и мальчики и девочки

Информация об антигене передается лимфоцитам через рецепторы  
тромбоцитов  
\*макрофагов  
плазматических клеток  
эритроцитов

на первое введение антигена начинают продуцироваться антитела  
через 24 часа  
через 48-96 часов  
\*на 5-7 день  
через 14 дней

К факторам врождённого иммунитета не относятся  
фагоцитоз  
лизоцим  
комплемент  
\*лимфоциты

Антитела не формируются в структуре  
иммуноглобулина А  
иммуноглобулина G  
\*гаптоглобина  
иммуноглобулина М

Кора надпочечников выделяет  
\*альдостерон  
адреналин  
дофамин  
инсулин

У новорожденных практически не функционируют экзокринные железы  
сальные

|   |        |  |
|---|--------|--|
|   |        | <p>*потовые<br/>пищеварительные<br/>все железы функционируют в полном объеме</p> <p>Жиры действуют на функцию желчевыводящих путей (ЖП) следующим образом:<br/>способствуют сокращению ЖП и расслаблению сфинктера Одди<br/>способствуют расслаблению ЖП и сокращению сфинктера Одди<br/>тормозят желчеотделение<br/>*способствуют сокращению ЖП и расслаблению сфинктера Одди, избыток жиров тормозит желчеотделение</p> <p>К селективным М–холиноблокаторам относят:<br/>мебеверин<br/>дротаверин, папаверин<br/>*гиосцина бутилбромид (бускапан)<br/>пинавериум бромид</p> <p>Основным действием трипсина является расщепление:<br/>жира<br/>*белка<br/>крахмала<br/>сахара</p> <p>Закрытию привратника способствует:<br/>*прием кислой пищи в начале еды<br/>запивание еды жидкостью<br/>жирная пища<br/>щелочная минеральная вода перед едой</p> <p>К водителю ритма II порядка относится:<br/>синусовый узел<br/>*атриовентрикулярное соединение<br/>пучок Гиса<br/>волокна Пуркинье</p> |
| К | УК-2   | <b>готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</b>   |
| Ф | Б/01.8 | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |
| Ф | Б/02.8 | Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности  |
| Ф | Б/06.8 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала   |
| Ф | Б/07.8 | Оказание медицинской помощи в экстренной форме   |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>   |
| Т |        | Тестовые задания<br>Что относится к признакам неблагоприятного психологического климата:   |

товарищество  
оптимизм  
\*раздражительность  
взаимопомощь

Общие ценности, убеждения, разделяемые и принимаемые членами коллектива:

правила внутреннего распорядка  
устав организации  
\*корпоративная культура  
должностные обязанности

Симптомом, характерным для вирильной формы врожденной дисфункции коры надпочечников является

\* гермафродитное строение гениталий у девочек  
артериальная гипертензия  
рвота у девочек  
артериальная гипотензия

Для решения организационных задач в здравоохранении применяется \_\_\_\_\_ подход

\*системный управленческий  
статистический  
социологический  
кадрово-финансовый

К критериям, характеризующим здоровье, относят

\* наличие или отсутствие функциональных нарушений  
факторы риска биологического анамнеза  
факторы риска генеалогического анамнеза  
факторы риска социального анамнеза

У ВИЧ-инфицированных детей раннего возраста

бактериальные инфекции  
\*наблюдаются часто, протекают тяжело и длительно  
встречаются редко  
наблюдаются часто, протекают легко  
не встречаются

Частыми дерматологическими изменениями при ВИЧ-инфекции у детей являются

\*грибковые, бактериальные и вирусные поражения кожи, себорейные дерматиты, васкулиты, пятнисто-папулезная сыпь  
трофические изменения, некрозы  
участки депигментации  
опухоли

При ВИЧ-инфекции у детей наблюдается очень редко

\* саркома Капоши  
кардиомиопатия  
нефропатия  
увеличение околоушных желез

|   |        |   |
|---|--------|---|
|   |        | У детей, рожденных матерями с ВИЧ инфекцией, в раннем возрасте антитела к ВИЧ в крови имеются в (%) случаев<br>*100<br>50<br>25<br>10   |
| К | УК-3   | <b>готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.</b>  |
| Ф | Б/05.8 | Проведение медицинских экспертиз  |
| Ф | Б/06.8 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала  |
| И |        | <b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>  |
| Т |        | Тестовые задания<br><br>К инструментам контроля качества успеваемости студентов не относится:<br>*показатели посещаемости<br>устные ответы<br>тесты<br>устный опрос<br><br>Комплекс основных характеристик образования, организационно-педагогических условий, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов, относится к:<br>учебному пособию<br>*учебно – методическому комплексу<br>учебному предмету<br>программе дисциплины<br><br>Уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности, это:<br>грамотность<br>компетентность<br>*квалификация<br>Способность<br><br>Для синдрома "кошачьего крика" характерно<br>*делеция плечика 5-й пары хромосом<br>транслокация 21-й хромосомы<br>кольцевидная хромосома 18-й пары |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>отсутствие X-хромосомы</p> <p>Опасность брака между родственниками заключается в бесплодии<br/>возникновении мутации<br/>*повышенной вероятности встречи двух рецессивных генов<br/>формировании инфекционной эмбриопатии</p> <p>У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. для генетической консультации важен фактор<br/>*возраст матери<br/>генотип отца<br/>состояние здоровья матери<br/>повышенный радиационный фон</p> <p>Ожидаемый результат внедрения обучающих программ состоит в<br/>* снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания<br/>получении родителями детей среднего медицинского образования<br/>формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации<br/>усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни<br/>развитии личности, способной к самореализации</p> <p>Необходимые данные при направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ) ребенка с адреногенитальным синдромом исключают<br/>* данные биопсии печени<br/>неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)<br/>рентгенограмму кисти (определение «костного возраста»)<br/>суточное мониторирование ритма и артериального давления</p> <p>Определение факта и причин инвалидности ребёнка передано в компетенцию<br/>* медико-социальной экспертизы<br/>общеобразовательных учреждений<br/>комиссии по делам несовершеннолетних<br/>центров социального обслуживания населения</p> <p>Основным методом проблемно-целевого обучения детей с хронической патологией и членов семьи является<br/>*организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний<br/>самостоятельное изучение литературы родителями пациентов<br/>оказание самостоятельной медицинской помощи<br/>получение среднего медицинского образования родителями детей</p> |
|--|--|

#### Шкала оценивания

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня  
 «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

### 3.3. Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка: Аускультация легких при заболеваниях ЖКТ

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Провести аускультацию легких спереди последовательно и озвучить аускультативную картину  | 1 балл    | -1 балл      |
| 3.        | Провести аускультацию легких по боковым поверхностям последовательно и озвучить аускультативную картину  | 1 балл    | -1 балл      |
| 4.        | Провести аускультацию легких по задней поверхности последовательно и озвучить аускультативную картину  | 1 балл    | -1 балл      |
| 5.        | Дать заключение.   | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Аускультация сердца при заболеваниях ЖКТ

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Провести аускультацию сердца в разных положениях ребенка: лежа на спине, на левом боку и стоя. Сравнить аускультативные данные в момент вдоха, а также при задержке дыхания; после физической нагрузки (у детей школьного возраста).                                   | 1 балл    | -1 балл      |
| 3.        | После выслушивания сердца аускультацию продолжают по всей области проекции сердца, а также в подмышечных, подключичных, надчревном участках и в паравертебральных областях.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 4.        | Оценить частоту сердечного ритма, его регулярность.<br>При нерегулярной сердечной деятельности сравнить частоту сердечных сокращений на сердце с частотой пульса на лучевой или сонной артерии либо с верхушечным толчком и устанавливают наличие дефицита пульса      | 1 балл    | -1 балл      |
| 5.        | Оценить тоны сердца, их соотношение в разных точках, после чего обратить внимание на наличие или отсутствие шумов сердца. I тон лучше слышен на верхушке сердца, II тон - на основании сердца и магистральных сосудах.<br>Дать заключение.                             | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения веса у ребенка старше 1 года

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия                              |  |  |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, |  |  |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие мамы/родителя на взвешивание ребенка. Пациент находится в положении стоя в спокойной обстановке.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Объясните маме/родителю ход и цель предстоящей процедуры и получите его согласие на её выполнение;<br>Вымыть и осушить руки<br>Подготовить весы к работе в соответствии с инструкцией   | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Установить весы на ровной, устойчивой поверхности, подготовить оснащение.<br>Проверить правильность установки весов.<br>Отрегулировать весы до нулевой отметки.<br>Поставить ребенка на весы.   | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Зафиксировать показатели и снять ребенка с весов.<br>Записать показатели массы тела в индивидуальной карте ребенка.<br>Убрать пеленку с весов и лоток весов дезраствором..<br>Снять перчатки, сбросить в контейнер и вымыть руки  | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение   | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения веса у ребенка младше 1 года

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, |



|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
|           | синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем   |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие мамы/родителя на взвешивание ребенка. Пациент находится в положении стоя в спокойной обстановке.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Объясните маме/родителю ход и цель предстоящей процедуры и получите его согласие на её выполнение;<br>Вымыть и осушить руки  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Подготовить весы к работе в соответствии с инструкцией<br>Положите салфетку/пеленку на площадку весов, включить их.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Отрегулировать весы до нулевой отметки.<br>Уложить ребенка на весы.<br>Зафиксировать показатели и снять ребенка с весов.<br>Записать показатели массы тела в индивидуальной карте ребенка.<br>Убрать пеленку с весов и обработать лоток весов дезраствором. Снять перчатки, сбросить в контейнер и вымыть руки | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение  | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения пульса

|           |  |
|-----------|--|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний   |

| и установления диагноза |   |           |              |
|-------------------------|---|-----------|--------------|
|                         | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.                      | Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие. Вымыть, осушить руки. Приготовить все необходимое ( <i>Оборудование:</i> секундомер (часы с секундной стрелкой), постовой температурный лист, ручка). Предложить пациенту занять удобное положение сидя (лежа).  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.                      | Расположить кисти рук пациента на уровне сердца и охватить их своими руками так, чтобы 1-й палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а 2-й, 3-й, 4-й, 5-й пальцы на лучевой артерии в области лучезапястного сустава. Пальпировать лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.                      | Сравнить колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании – исследование пульса продолжить на одной руке; при разном колебании – на той руке, где колебания выражены лучше). Определить ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями).  | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.                      | Подсчитать частоту пульса (при ритмичном пульсе – в течение 30 сек, результат умножить на 2; при аритмичном – в течение 1 мин). Определить напряжение пульса (по той силе, с которой вы должны прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания). Определить наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе). | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.                      | Дать заключение   | 1 балл    | -1 балла     |
|                         | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения роста

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем   |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на осмотр. Пациент находится в положении стоя в спокойной обстановке.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Объясните пациенту ход и цель предстоящей процедуры:<br>Вымыть и осушить руки<br>Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией<br>Положите салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента)<br>Попросите пациента снять обувь и головной убор<br>Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Попросите пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком<br>Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии                | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Опустить планку ростомера на голову пациента<br>Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки<br>Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости помочь сойти).   | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение.  | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика определения отеков при патологии ЖКТ

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и |

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
|           | подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Определить положение больного (активное, пассивное, вынужденное)   | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Осмотр кожных покровов и видимых слизистых, определение цвета, влажности.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Определить наличие отеков (наличие асцита, анасарки, отеков нижних конечностей, отеков лица, мошонки (для мальчиков))  | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение.   | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов прободения язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки

|          |  |
|----------|--|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Симптом Дзельфауа — резкая боль, напоминающая «удар кинжала», в эпигастральной области  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Напряжение мышц брюшной стенки («живот как доска»).   | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Симптом Кларка — исчезновение притупления перкуторного звука над печенью.   | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение.  | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Осмотр придатков кожи

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |  |  |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |  |  |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |  |  |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |  |  |

|    | Действие  | Проведено | Не проведено |
|----|---|-----------|--------------|
| 1. | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2. | Оценить состояние придатков кожи (ногтей, волос); их цвет, длину  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3. | При оценке волосяного покрова учитывают равномерность роста волос, обращая внимание на избыточный рост, внешний вид; оценить состояние ногтей, их форму, наличие койлонихий, лейконихий, наличие «часовых стекол» | 2 балла   | -2 балла     |
| 4. | Дать заключение.  | 1 балл    | -1 балл      |
|    | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Осмотр слизистых оболочек ротовой полости

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Осмотр слизистых рта включает осмотр губ, слизистой оболочки полости рта, языка, зубов, зева и глотки, а   | 1 балл    | -1 балла     |

|    |   |        |          |
|----|---|--------|----------|
|    | также определение запаха изо рта.   |        |          |
| 3. | Сначала обращают внимание на цвет губ, их влажность, наличие трещин, высыпаний (герпес), изъязвлений в углах рта (ангулярный хейлит).   | 1 балл | -1 балла |
| 4. | Осмотр полости ротоглотки включает: оценку состояния слизистой оболочки полости рта, миндалин, небных дужек, задней стенки глотки. Обращают внимание на наличие высыпаний, афт (округлой формы эрозий, желтоватого или белесоватого цвета), лейкоплакий (участков ороговения эпителия слизистой оболочки щек), пятен Вельского-Филатова-Коплика (при кори), изменений десен (гингивит), поражений языка (глоссит) | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.  | 1 балл | -1 балл  |
|    | Итого   |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Поверхностная пальпация живота

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Пальпацию живота проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки   | 1 балл    | -1 балл      |

|    |   |        |          |
|----|---|--------|----------|
| 2. | Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает руку ладонной поверхностью на брюшную стенку, легкое надавливание осуществляет II, III, IV, V пальцем пальпируемой руки неглубокими круговыми движениями, начиная против часовой стрелки от левой подвздошной области к левому фланку, левому подреберью, затем к правому подреберью, правому фланку, правой подвздошной области. Затем пальпирующую руку устанавливают в собственно эпигастральную область, далее в околопупочную и надлобковую области | 1 балл | -1 балла |
| 3. | 2 вариант проведения поверхностной ориентировочной пальпации живота проводится над симметричными участками живота, болезненную область осматривают в последнюю очередь, начиная с левой подвздошной области к правой подвздошной, от левого фланка к правому фланку, от левого подреберья к правому, далее надлобковая область, околопупочная и собственно эпигастральная.  | 1 балл | -1 балла |
| 4. | При этом оценивают наличие болезненности, резистентности (напряжения мышц передней брюшной стенки), наличие грыжевых выпячиваний, состояние «слабых мест» передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, состояние пупочного кольца, степень расхождения прямых мышц живота), Значительное увеличение органов брюшной полости (печени, селезенки) или наличие крупной опухоли.  | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.  | 1 балл | -1 балл  |
|    | Итого   |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптома поколачивания

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с |



|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
|           | Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем   |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Пациент находится в положении стоя. Определить наличие/отсутствие болезненности в области перкуссии.<br>Оценить наличие отеков в области поясницы.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 3.        | Приступить к перкуссии почек. Методика: левую руку врач кладет на область XII ребра поочередно справа и слева от позвоночника и ребром ладони (или кончиками согнутых пальцев) правой руки наносит по ней короткие, несильные удары. | 1 балл    | -1 балл      |
| 4.        | После поколачивания по пояснице оценить симптом (он расценивается как отрицательный, слабopоложительный, положительный и резко положительный (при выраженной болезненности)).  | 1 балл    | -1 балл      |
| 5.        | Дать заключение  | 1 балл    | -1 балл      |
|           | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов острого панкреатита

|           |  |
|-----------|--|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:   |

| Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза |  |           |              |
|--|--|-----------|--------------|
|  | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.   | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.   | Симптом Блисса — опоясывающая боль на уровне пупка.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 3.   | Симптом Мейо-Робсона— иррадиация болей в левый реберно-позвоночный угол.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 4.   | Симптом Воскресенского — отсутствие или ослабление пульсации брюшной аорты при пальпации надчревной области вследствие отека поджелудочной железы или инфильтрации вокруг нее.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 5.   | Точка Дежардена — место впадения вирсунгова протока в двенадцатиперстную кишку. Располагается на расстоянии 6 см от пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. При воспалении головки поджелудочной железы отмечается резкая болезненность при надавливании.<br>Дать заключение. | 1 балл    | -1 балл      |
|  | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов при подозрении на язву желудка, осложненную кровотечением

|           |  |
|-----------|--|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:   |

|    |   |           |              |
|----|---|-----------|--------------|
|    | Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|    | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1. | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2. | Симптом Бергмана — исчезновение боли в животе вслед за начавшимся желудочно-кишечным кровотечением.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 3. | Синдром кровотечения — отмечаются слабость, головокружение, обморок, коллапс. Кожные покровы бледнеют, покрываются холодным липким потом.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 4. | Развивается тахикардия, пульс слабеет, артериальное давление снижается.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 5. | Возникает рвота по типу «кофейной гущи», при массивном кровотечении из язвы желудка возникает кровавая рвота (haemotemesis), которая может быть со сгустками, но без пены. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки отмечается жидкий дегтеобразный стул черного цвета (melena).<br>Дать заключение. | 1 балл    | -1 балл      |
|    | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов раздражения брюшины (4 основных симптома)

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |

|    |  |        |         |
|----|--|--------|---------|
| 1. | Получить согласие пациента на проведение методики.<br>Озвучить ход процедуры   | 1 балл | -1 балл |
| 2. | Симптом Щеткина–Блюмберга-медленно и осторожно плашмя пальцами надавливают на переднюю брюшную стенку, а через 3–5 с быстро отнимают руку. Этим движением вызывается сотрясение брюшной стенки, и при наличии воспаления брюшины больной испытывает резкую боль  | 1 балл | -1 балл |
| 3. | Симптом Ровзинга — появление болей в правой подвздошной области при выполнении толчков в левой подвздошной области в зоне нисходящей кишки. Сигмовидную кишку при этом придавливают кистью другой руки к задней стенке живота. Механизм симптома Ровзинга связывают с ретроградным перемещением газов по толстой кишке и растяжением ими слепой кишки. | 1 балл | -1 балл |
| 4. | Симптом Ортнера–Ситковского–Отта — поворот больного со спины на левый бок вызывает усиление боли в правой подвздошной области, что связано со смещением слепой кишки и червеобразного отростка, натяжением воспаленной брюшины.  | 1 балл | -1 балл |
| 5. | Симптом Воскресенского (симптом «рубашки», симптом скольжения) — проводя рукой от мечевидного отростка вдоль брюшной стенки через рубашку больного наблюдается усиление болей.<br>Дать заключение.   | 1 балл | -1 балл |
|    | Итого  |        |         |

Общая оценка:

Название практического навыка: Внешний осмотр живота

|           |  |
|-----------|--|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |

|    | Действие   | Проведено | Не проведено |
|----|--|-----------|--------------|
| 1. | Определить положение больного (активное, пассивное, вынужденное)   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2. | Осмотр кожных покровов определение цвета кожных покровов, влажности, оволосенения, наличие высыпаний, геморрагий, расчесов, шелушений, телеангиэктазий, стрий, рубцов; расширение венозной сети на передней брюшной стенке («голова Медузы») и боковых поверхностях живота | 1 балл    | -1 балл      |
| 3. | Осмотр живота проводят как в горизонтальном, так и в вертикальном положении больного, обращая внимание на форму, симметричность и размеры. В норме живот имеет округлую симметричную форму   | 1 балл    | -1 балл      |
| 4. | Оценить степень участия мышц брюшной полости в акте дыхания. С этой целью больного просят надуть живот, а потом втянуть его в себя. При раздражении брюшины больной щадит при дыхании соответствующую область.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 5. | Дать заключение  | 1 балл    | -1 балл      |
|    | Итого  |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения артериального давления при патологии ЖКТ

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |

|    |   |        |          |
|----|---|--------|----------|
| 1. | Получить согласие пациента на осмотр. Пациент находится в положении сидя в спокойной обстановке.  | 1 балл | -1 балл  |
| 2. | Нужная рука освобождается от одежды и кладется на ровную поверхность ладонью вверх. Манжета накладывается на плечо на уровне сердца, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна быть такого размера, чтобы покрывать 2/3 бицепса.  | 1 балл | -1 балла |
| 3. | Определить место пульсации локтевой артерии. В это же время нужно накачивать манжету с помощью груши. Контролируя пульс, нужно продолжать накачивать манжету, следя за показаниями давления на манометре. При исчезновении пульсации необходимо поднять давление сверх того на 20мм.  | 1 балл | -1 балла |
| 4. | Чувствительный элемент фонендоскопа (мембрана) прикладывается к локтевой артерии и начинается постепенное стравливание воздуха из манжеты. Скорость этого процесса не должна превышать 2мм в секунду. В этот момент нужно чутко следить за показаниями на манометре. При появлении пульсации в фонендоскопе регистрируется верхнее давление (систолическое).  | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Стравливание продолжается с той же скоростью, а в фонендоскопе ловится момент исчезновения шумов. Показания манометра при этом событии будут соответствовать нижнему давлению (диастолическому). Если в одном из положений стрелка измерительного прибора находится между двумя отметками градации, предпочтение отдается верхней. Дальнейшее постепенное стравливание воздуха продолжается до достижения уровня на 20мм ниже диастолического показателя. После воздух спускается свободно. Дать заключение | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого   |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика исследования кожи и подкожно-жировой клетчатки при патологии ЖКТ

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками |

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
|           | ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем  |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Получить согласие на проведение методики. Объяснить ход процедуры  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Пальпация кожного покрова. С помощью пальпации определяют: эластичность кожи; влажность; температуру; чувствительность кожи; состояние кровеносных сосудов (ломкость) - эндотелиальные пробы; дермографизм (вид, скорость появления и исчезновения). Для оценки подкожного жирового слоя требуется несколько более глубокая пальпация, чем при исследовании кожи: большим и указательным пальцами правой руки захватывают в складку не только кожу, но и подкожную жировую клетчатку. Определить толщину подкожного жирового слоя следует на нескольких участках, так как при патологии отложение жира в различных местах оказывается неодинаковым. В зависимости от толщины подкожного жирового слоя говорят о нормальном, избыточном или недостаточном отложении жира. | 1 балл    | -1 балл      |
| 3.        | Определяют толщину подкожного жирового слоя в следующей последовательности: на животе - на уровне пупка и кнаружи от него; на груди - у края грудины; на спине - под лопатками; на конечностях - на внутренней поверхности бедра и плеча; на лице - в области щек (у детей раннего возраста). Толщина складки в 1-2 см на уровне пупка считается нормальным отложением жира. Для определения толщины лучше использовать калипер. При пальпации следует обращать внимание на консистенцию подкожного жирового слоя, которая может быть дряблой, плотной и упругой. В некоторых случаях подкожный жировой слой становится плотным. Следует обратить внимание на наличие отеков и их распространение (на лице, веках, конечностях, общий                                    | 1 балл    | -1 балл      |

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
|    | отек - анасарка, или локализованный).  |        |          |
| 4. | Определение тургора мягких тканей (проводят путем сдавливания большим и указательным пальцами правой руки кожи и всех мягких тканей на внутренней поверхности бедра и плеча, при этом воспринимается ощущение сопротивления или упругости, называемое тургором). | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.   | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика определения нижней границы желудка

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции. Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, голову слегка приподнять, ноги свободно вытянуть, руки ребенка расположены вдоль туловища. Освободить исследуемую область от одежды  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Метод аускультации. На эпигастральную область ставят стетофонендоскоп и одновременно с этим проводят легкие шрихообразные движения по передней брюшной стенке снизу вверх по направлению к желудку (слева от срединной линии). Движения наносят тихо одним пальцем. Граница желудка располагается по выслушиванию громкого звука.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Метод аускультации. На эпигастральную область ставят стетофонендоскоп и одновременно с этим  | 1 балл    | -1 балла     |



|    |   |        |          |
|----|---|--------|----------|
|    | проводят легкие перкуторные удары по передней брюшной стенке снизу вверх по направлению к желудку (слева от срединной линии). Граница желудка располагается по выслушиванию громкого звука.   |        |          |
| 4. | Врач рукой, расположенной несколько выше нижней границы желудка, проникает как можно глубже до позвоночника обычным способом или способом «двойной руки». Во время выдоха желудок поднимается кверху, и пальцами ощупывают большую кривизну в виде мягкой тонкой складки, расположенной выше пупка. | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.  | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого   |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Пальпация желчного пузыря

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции. Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка лежат вдоль туловища. Освободить исследуемую область от одежды   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Желчный пузырь в норме не доступен для пальпации. Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует месту пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой (точка желчного пузыря).  | 1 балл    | -1 балл      |

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
|    | - Симптом Кера - появление резкой болезненности в точке желчного пузыря на высоте вдоха при обычной пальпации желчного пузыря). Точка образована путем построения биссектрисы от середины правой реберной дуги по направлению к пупочной области и составляет 2/3 ее длины   |        |          |
| 3. | - Симптом Мерфи (сильная и резкая боль в момент вдоха при погружении пальцев руки врача в область проекции желчного пузыря, что заставляет больного прервать вдох).  | 1 балл | -1 балла |
| 4. | - Симптом Ортнера - боль в правом подреберье при поколачивании краем с одинаковой силой поочередно по обеим реберным дугам).   | 1 балл | -1 балла |
| 5. | - Симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом) - болезненность в точке поверхностного расположения правого диафрагмального нерва. Выявляют путем одновременного надавливания кончиками пальцев в промежутке между ножками обеих грудино-ключично-сосцевидных мышц над медиальными концами ключиц. Дать заключение. | 1 балл | -1 балл  |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика поверхностной (ориентировочной) пальпации живота

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Пальпацию живота проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги  | 1 балл    | -1 балл      |

|    |   |        |          |
|----|---|--------|----------|
|    | обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки  |        |          |
| 3. | Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает руку ладонной поверхностью на брюшную стенку, легкое надавливание осуществляет II, III, IV, V пальцем пальпируемой руки неглубокими круговыми движениями, начиная против часовой стрелки от левой подвздошной области к левому фланку, левому подреберью, затем к правому подреберью, правому фланку, правой подвздошной области. Затем пальпирующую руку устанавливают в собственно эпигастральную область, далее в околопупочную и надлобковую области   | 1 балл | -1 балла |
| 4. | 2 вариант проведения поверхностной ориентировочной пальпации живота проводится над симметричными участками живота, болезненную область осматривают в последнюю очередь, начиная с левой подвздошной области к правой подвздошной, от левого фланка к правому фланку, от левого подреберья к правому, далее надлобковая область, околопупочная и собственно эпигастральная. При этом оценивают наличие болезненности, резистентности (напряжения мышц передней брюшной стенки), наличие грыжевых выпячиваний, состояние «слабых мест» передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, состояние пупочного кольца, степень расхождения прямых мышц живота), значительное увеличение органов брюшной полости (печени, селезенки) или наличие крупной опухоли. | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.  | 1 балл | -1 балл  |
|    | Итого   |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации лимфатических узлов при патологии ЖКТ

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем   |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции, объяснить ход манипуляции.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Для клинического обследования могут быть доступны 13 основных групп лимфатических узлов: затылочные, заушные, подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные. Пальпацию осуществляют симметрично, прижимая лимфатические узлы к подлежащей более плотной ткани (мышцам, костям) нежными, поглаживающими (поперечными, продольными, круговыми) движениями II, III и IV пальцем рук  | 1 балл    | -1 балл      |
| 3.        | <p>Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов</p> <p>1. Затылочные - расположены по сторонам от затылочного бугра затылочной кости; собирают лимфу с кожи волосистой части головы и задней части шеи. При их пальпации лоб ребенка фиксируют большими пальцами, остальными пальцами ощупывают затылочный бугор.</p> <p>2. Заушные (сосцевидные) - расположены на сосцевидном отростке, собирают лимфу с теменной области, ушной раковины и наружного слухового прохода. Для их определения тщательно прощупывают область сосцевидного отростка.</p> <p>3. Подбородочные - собирают лимфу с кожи подбородка и нижней губы, десен, зубов, языка. Для их пальпации голову слегка наклоняют вперед и фиксируют левой рукой. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают посередине подбородочной области так, чтобы кончики пальцев упирались в переднюю поверхность шеи. Затем, пальпируя по направлению к подбородку, пытаются прижать лимфатические узлы к краю нижней челюсти.</p> | 1 балл    | -1 балла     |

4. Подчелюстные - собирают лимфу с кожи губ, подбородка, щек, носа, нижних век, слизистой оболочки носа, нёба, десен, а также с зубов, языка и слюнных желез, расположены в подчелюстной области. Для их пальпации голову ребенка несколько опускают, при наклоненной голове достигается максимальное расслабление диафрагмы, что способствует более точному результату.левой рукой врач фиксирует голову ребенка, пальцами правой пальпирует под

10. Торакальные (грудные) - расположены под нижним краем большой грудной мышцы; собирают лимфу с кожи грудной клетки, париетальной плевры, отчасти легких и грудных желез. Пальпацию проводят по передней поверхности груди под нижним краем большой грудной мышцы. Для этого исследователь располагает руки по передней аксиллярной линии, а II, III и IV палец рук вводит под большую грудную мышцу и круговыми движениями продвигает к грудине.

11. Локтевые (кубитальные) - собирают лимфу с медиальной и центральной части предплечья, тканей III, IV, V пальца кистей рук. Для исследования локтевых лимфатических узлов необходимо одноименной рукой захватить кисть и предплечье пациента. Рука согнута в локтевом суставе под прямым углом. Указательным и средним пальцем другой руки продольными скользящими движениями прощупывают *sulcus bicipitalis medialis* на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча.

12. Паховые - расположены под пупартовой связкой, где и пальпируются; собирают лимфу с нижних конечностей, нижней части живота, ягодицы, от половых органов, промежности и заднего прохода.

13. Подколенные - расположены в подколенной ямке; собирают лимфу с задней поверхности и тканей голени, пяточной области. Для исследования лимфатических узлов ребенок ложится на живот, а пальпацию подколенной ямки проводят при согнутой в коленном суставе ноге под прямым углом. Старших детей пальпируют в положении стоя, расположив колено на кушетке или сиденье стула. Врач встает позади пациента и пальпирует подколенную ямку согнутой в коленном суставе конечности сначала одной, затем другой ноги.

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
| 4. | <p>Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Локализация: в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы (до 3 групп). Другие узлы пальпируются реже.</li> <li>• Количество: единичные (в каждой группе пальпируется 3 лимфатических узла и менее), множественные (более 3). У здоровых детей могут пальпироваться единичные узлы.</li> <li>• Размеры: оцениваются в миллиметрах или сантиметрах. Нормальной величиной является размер лимфатического узла до 0,5-1 см. При увеличении узлов оценивают поперечный и продольный размеры в сантиметрах.</li> <li>• Консистенция: у здоровых детей консистенция узлов эластическая (мягкоили плотноэластическая); при патологии может быть выявлено размягчение или уплотнение.</li> <li>• Подвижность: у здоровых детей узлы подвижные, при патологии - малоподвижные, неподвижные.</li> <li>• Болезненность или чувствительность: обычно лимфатические узлы при пальпации безболезненные. При патологии может определяться болезненность.</li> <li>• Отношение к другим тканям (спаянность с кожей и между собой); у здоровых детей лимфатические узлы не спаяны между собой и окружающими тканями. При патологии могут быть спаяны с кожей и между собой, тогда говорят о «пакетах» узлов.</li> <li>• Изменение кожи над лимфатическими узлами: в норме цвет и температура кожи над узлами не изменены. При патологии кожа над узлом может быть горячей на ощупь, гиперемирована.</li> </ul> | 1 балл | -1 балла |
| 4. | Дать заключение.   | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации мочевого пузыря при заболеваниях ЖКТ

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем   |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Пациент находится в положении лежа. Определить наличие/отсутствие болезненности в области пальпации.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Перед пальпацией необходимо уточнить, когда ребенок последний раз мочился. Уточнить особенности пальпации мочевого пузыря в зависимости от возраста (у детей старшего возраста пальпация мочевого пузыря возможна только при наполненном состоянии. Опорожненный мочевой пузырь расположен за лонем и недоступен пальпации. У детей раннего возраста в силу анатомо-физиологических особенностей возможна пальпация и пустого мочевого пузыря).   | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Перед пальпацией мочевого пузыря провести предварительную перкуссию границы мочевого пузыря по срединной линии от пупка вниз. Для определения верхней границы мочевого пузыря перкуссию проводят по средней линии живота от пупка вниз (тихо), палец-плексиметр располагают параллельно нижней границе живота. При наполненном мочевом пузыре получают притупление перкуторного звука тем выше над лобком, чем больше наполнение мочевого пузыря. При укорочении перкуторного звука перкуссию необходимо повторить после опорожнения мочевого пузыря. | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Провести пальпацию мочевого пузыря (техника пальпации мочевого пузыря: ладонь исследуемый размещает продольно по средней линии в области пупка. Погружаясь в брюшную полость, рукой образуют кожную складку, направленную к пупку. На выходе из брюшной полости стараются соскользнуть с мочевого пузыря. Прием повторяют, постепенно продвигаясь вниз, к лонному сочленению.)  | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение   | 1 балл    | -1 балла     |

|  |       |  |  |
|--|-------|--|--|
|  | Итого |  |  |
|--|-------|--|--|

Общая оценка:

Название практического навыка: Пальпация печени

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем  |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка сложены на груди или под головой. Освободить исследуемую область от одежды   | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Перед пальпацией предварительно перкуторно определяют локализацию нижнего края печени по правой срединно-ключичной линии, начиная с правой подвздошной области.   | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | При пальпации печени левой рукой врач охватывает правую половину груди в нижнем отделе. Правую руку устанавливают на 1,5-2,0 см ниже нижней границы печени, определенной ранее. Оставляя правую руку, глубоко введенную на выдохе в брюшную полость, просят ребенка глубоко вдохнуть. При вдохе пальпирующую руку выводят из брюшной полости в направлении вперед и вверх. У детей раннего возраста край печени обычно выступает из-под реберного края на 1—2 см, а у детей старше 5—7 лет он расположен на уровне реберной дуги. При пальпации нижнего края печени определяют его консистенцию, форму, болезненность (в норме — безболезненный, слегка | 1 балл    | -1 балла     |



|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
|    | заостренный, мягкоэластичный, у детей старшего возраста - плотноэластичный). |        |          |
| 5. | Дать заключение.   | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Пальпация поджелудочной железы

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки, согнутые в кулаках, лежат под поясницей. Освободить исследуемую область от одежды  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Головка поджелудочной железы проецирована в зоне Шоффара—Риве, которая имеет форму прямоугольного треугольника, расположенного в правом верхнем квадранте пупочной области. Одна вершина этого треугольника лежит на пупке, один из катетов — срединная линия, а гипотенуза представляет внутреннюю треть линии, соединяющей пупок с правой реберной дугой и образующей со срединной линией угол 45°. Хвостовая часть поджелудочной железы проецирована в точке Мейо—Робсона, которая находится на биссектрисе левого верхнего квадранта живота, на 1/3 расстояния от края реберной дуги.      | 1 балл    | -1 балла     |

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
| 4. | Пальпацию проводят двумя руками, положив пальцы левой руки на пальцы правой руки, поочередно пальпируя область головки, тела и хвостовой части поджелудочной железы, отмечая наличие или отсутствие болезненности в соответствующих областях | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.   | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика глубокой (методической, скользящей, топографической) пальпации поперечно-ободочной кишки по Образцову-Стражеско.

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции. Пальпацию поперечно-ободочной кишки проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Для проведения пальпации восходящего отдела поперечно-ободочной кишки врач садится с правой стороны от пациента и укладывает левую руку со стороны спины пациента в качестве ложа, а правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на область правого фланка так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику восходящего отдела кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе   | 1 балл    | -1 балла     |

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
|    | проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.   |        |          |
| 3. | Далее врач проводит пальпацию нисходящего отдела поперечно-ободочной кишки в том же положении пациента. Врач также сидит с правой стороны от пациента и укладывает левую руку со стороны спины пациента в качестве ложа, а правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на область левого фланка так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику нисходящего отдела кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности. | 1 балл | -1 балла |
| 4. | Пальпацию поперечно-ободочной кишки проводят двумя руками. Их располагают от срединной линии живота на 2-3 см выше пупка. Пальцы устанавливают параллельно ходу кишки с двух сторон в области наружного края прямых мышц, несколько сдвигая их к центру и погружая пальцы вглубь брюшной полости на выдохе. В норме поперечно-ободочная кишка может не пальпироваться  | 1 балл | -1 балла |
| 5. | Дать заключение.   | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации селезенки

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем  |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Пальпацию селезенки проводят в положении больного на спине и на правом боку. Если пациент лежит на спине, он должен вытянуть руки и ноги. При этом изголовье койки должно быть низким. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует согнуть, а правую — вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Врач садится с правой стороны от пациента. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают примерно напротив X ребра на 3-4 см ниже левой реберной дуги параллельно ей.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Попросить пациента сделать глубокий вдох. На вдохе селезенка больного (если она увеличена) выходит из-под края реберной дуги, наталкивается на пальпирующие пальцы и "соскальзывает" с них. В норме пальпировать селезенку не удастся, поскольку ее передний край не доходит до края реберной дуги приблизительно на 3-4 см. Селезенку можно прощупать при ее увеличении (спленомегалия) не менее чем в 1,5-2 раза. При пальпации селезенки оценивают ее форму, консистенцию, состояние поверхности, подвижность, болезненность. Затем пациента просят выдохнуть. | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение.  | 1 балл    | -1 балла     |
|           | Итого   |           |              |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика глубокой (методической, скользящей, топографической) пальпации сигмовидной и слепой кишки по Образцову-Стражеско

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:   |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | <p>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p> <p>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>  |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Пальпацию сигмовидной кишки проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки   | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на левую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику сигмовидной кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности. | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | Далее врач проводит пальпацию слепой кишки в том же положении пациента. Врач также сидит с правой стороны от пациента и укладывает правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на правую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно  | 1 балл    | -1 балла     |

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
|    | длиннику слепой кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности. |        |          |
| 5. | Дать заключение.   | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии печени по Курлову (для детей старше 5 лет)

|           |  |           |              |
|-----------|--|-----------|--------------|
| <b>С</b>  | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия  |           |              |
| <b>К</b>  | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков<br>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр   |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза   |           |              |
|           | Действие   | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.   | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки вдоль туловища или за головой. Освободить исследуемую область от одежды   | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Определяют три перкуторных размера печени:<br>- По правой среднеключичной линии производят   | 1 балл    | -1 балла     |

|    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
|    | перкуссию от пупка до нижней границы печени и от ясного лёгочного звука вниз по межреберьям до появления печёночной тупости (границу перехода ясного или тимпанического звука в тупой отмечают по наружному краю пальца – плессиметра, т.е. со стороны ясного или тимпанического звука). Соединив две точки, измеряют первый размер печени по Курлову. Обычно он составляет $9\pm 2$ см. Верхнюю границу печёночной тупости используют для определения двух других размеров.   |        |          |
| 4. | - По срединной линии живота перкутируют вверх до появления печёночной тупости. Верхнюю границу по срединной линии определить сложно из-за расположения под кожей плотной грудины, гасящей перкуторные звуки, поэтому за верхнюю точку этого размера условно принимают точку, лежащую на одном уровне с верхней границей первого размера печёночной тупости (через эту точку проводят горизонталь до пересечения со срединной линией). Соединив эти точки, измеряют второй размер печени по Курлову, обычно составляющий $8\pm 2$ см.           | 1 балл | -1 балла |
| 5. | - Третий размер печени по Курлову определяют при перкуссии вблизи левой рёберной дуги параллельно ей, начиная перкуссию приблизительно с передней подмышечной линии. Верхняя точка соответствует верхней точке второго размера печени по Курлову. Третий размер обычно составляет $7\pm 2$ см. Если печень увеличена, то первый большой размер обозначают дробью, в числителе которой - общий размер по правой среднеключичной линии, а в знаменателе – его часть, соответствующая размеру, выходящему за рёберную дугу вниз. Дайте заключение | 1 балл | -1 балла |
|    | Итого  |        |          |

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии селезенки

|          |   |
|----------|---|
| <b>С</b> | Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия   |
| <b>К</b> | Код и наименование компетенции:<br>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками<br>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков |

|           |   |           |              |
|-----------|---|-----------|--------------|
|           | ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем   |           |              |
| <b>Ф</b>  | Профессиональный стандарт Врач-педиатр  |           |              |
| <b>ТД</b> | Трудовые действия, предусмотренные функцией:<br>Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза  |           |              |
|           | Действие  | Проведено | Не проведено |
| 1.        | Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.  | 1 балл    | -1 балл      |
| 2.        | Перкуссию селезенки проводят в положении больного на правом боку. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует согнуть, а правую — вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед. Для определения размера применяют тихую перкуссию, так как селезенка граничит с кишечником, дающим тимпанический перкуторный звук.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 3.        | Перкуссию слабой силы ведут от края реберной дуги непосредственно по X ребру. На месте появления притупленного звука ставят точку по краю пальца, обращенного к тимпаническому звуку. Затем палец-плессиметр переносят на заднюю подмышечную линию и располагают его перпендикулярно к X ребру, проводят также тихую перкуссию. При появлении притупленного перкуторного звука ставят отметку по краю пальца, который обращен к ясному перкуторному звуку. Таким образом определяют длинник селезенки.  | 1 балл    | -1 балла     |
| 4.        | далее переходят к определению ее поперечника. Для этого длинник селезенки делят пополам, палец-плессиметр устанавливают параллельно X ребру, смещают его на два межреберья вверх и перкутируют по направлению к середине селезенки, отмечая границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука. По этой же вертикальной линии осуществляют перкуссию от края реберной дуги по направлению вверх к середине селезенки. Также отмечают границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука (иначе мы нарушаем общее правило перкуссии: идти от звука ясного к звуку тупому). | 1 балл    | -1 балла     |
| 5.        | Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста.  | 1 балл    | -1 балла     |



|                                    |             |           |           |     |
|------------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----|
| Линия измерения                    | Возраст     |           |           |     |
|                                    | дошкольники | школьники | подростки |     |
|                                    | Длинник     | 3-4       | 5-7       | 6-8 |
|                                    | Поперечник  | 2-3       | 3-5       | 4-6 |
| Перкуторные размеры селезенки, см. |             |           |           |     |
| Итого                              |             |           |           |     |

Общая оценка: