Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 07.10.2026 16:46:17
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e767220b6b2ae

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института педиатрии
_____ / Т.А. Шуматова /
«01» июля 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Практики Б2.О.01(П) Клиническая практика

Специальность	31.08.19 Педиатрия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 здравоохранение (в сфере педиатрии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	педиатрии

Владивосток, 2026

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению специальности 31.08.19 Педиатрия, направленности 02 Здравоохранение (в сфере педиатрии); **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/zic/31.08.19_Pediatriya(7).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
		Миникейсы
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования
		Чек - листы
		Миникейсы

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования, миникейсов.

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Тесты:

1. К осложнению деструктивной пневмонии (булл, абсцессов) относится:
1. Эпителизация полости
2. Облитерация полости
3. Формирование кистообразной полости (выздоровление)
4. Формирование бронхоэктазов

Ответ: 4

Укажите все правильные ответы

2. Хронические неспецифические бронхолегочные заболевания представляют собой хронический воспалительный процесс, включающий:
1. Необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов и пневмосклероза в легких
2. Бронхоэктазы
3. Гиперреактивность бронхов
4. Обострения воспаления в бронхах или легочной ткани

Ответ: 1, 3, 4

3. К формированию хронических неспецифических бронхолегочных заболеваний приводят:
1. Ателектазы различного генеза

2. Образование аутоантител против легочной ткани
3. Аспирация инородных тел
4. Хроническая аспирация пищи
Ответ: 1, 3, 4

4. В патогенезе хронических неспецифических бронхолегочных заболеваний имеет значение:
1. Нарушение взаимоотношения между Th1 и Th2 клетками
2. Повреждение цилиарного эпителия бронхов
3. Угнетение минералокортикоидной функции надпочечников
4. Гиперплазия бокаловидных клеток
Ответ: 2, 4

5. Первичный хронический бронхит диагностируется при наличии:
1. Постоянного кашля с мокротой
2. Постоянных хрипов в течение 2-х недель
3. На протяжении года должно быть не менее 3 обострений
4. Общая продолжительность заболевания 2 года и более
Ответ: 1, 3, 4

6. Диагноз бронхоэктатической болезни устанавливается при наличии:
1. Кашля с большим количеством гнойной мокроты
2. Деформации грудной клетки
3. Наличии разнокалиберных влажных хрипов
4. Выявлении при рентгенологическом исследовании деформации легочного рисунка, перибронхиальных уплотнений, ячеистого легочного рисунка, кольцевидных теней
Ответ: 1, 2, 3, 4

7. Для подтверждения диагноза хронический бронхит используются:
1. Бронхоскопия
2. Бронхография
3. Спирография
4. Компьютерная томография легких
Ответ: 1, 2, 3, 4

8. Бронхография при хроническом бронхите обнаруживает:
1. Деформацию стенок бронхов
2. Втяжение и выбухание бронхов
3. Искривление и оголенность бронхиальных стволов
4. Локальный пневмосклероз
Ответ: 1, 2, 3

9. Спирография при хронических бронхолегочных заболеваниях выявляет:
1. Нарушение функции внешнего дыхания рестриктивного типа
2. Нарушение функции внешнего дыхания обструктивноготипа
3. Нарушение функции внешнего дыхания смешанного характера
4. Отсутствие нарушений функции внешнего дыхания
Ответ: 1, 2, 3

10. Основными возбудителями при хроническом бронхолегочном процессе являются:
1. В-гемолитический стрептококк группы А
2. Пневмококк,

3. Разные виды стафилококков
4. Микоплазмы
Ответ: 1, 2, 3, 4

Критерии оценивания

«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 2
Миникейсы:

Ситуационная задача № 1 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Педиатрия**
Ф	Б/01.7	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/02.7	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/05.7	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Девочка 12 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°С. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у девочки произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом скорой медицинской помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар. Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аускультации – жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови. Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 10,9×109 /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность

		лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.
В	1	Ваш предварительный диагноз?
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка?
В	4	Окажите неотложную помощь. Ваша тактика лечения.
В	5	Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара

Оценочный лист к ситуационной задаче № 1 по клинической практике

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
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/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Девочка 12 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°С. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у девочки произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом скорой медицинской помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар. Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аускультации – жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови. Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 10,9×109 /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт

		сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э		1. Острый бронхит тяжелой степени. Бронхообструктивный синдром.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный. «Удовлетворительно»: ответ не полный: диагноз указан без использования классификации острого бронхита. Не указан Бронхообструктивный синдром
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен не верно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Клинический диагноз «острый обструктивный бронхит» выставлен на основании анамнеза заболевания – заболевание началось с ОРВИ, состояние ухудшилось к 4 дню за счѐт нарастания бронхиальной обструкции; на основании данных объективного осмотра – признаки нарушения проходимости бронхов (учащѐнное дыхание с затруднѐнным выдохом, множество сухих свистящих хрипов при аускультации лѐгких, уменьшение одышки после применения бронхолитика), признаки вздутия лѐгких (увеличение переднезаднего размера грудной клетки, коробочный звук при перкуссии лѐгких); на основании рентгенографического исследования – усиление лѐгочного рисунка за счѐт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений, повышенная прозрачность лѐгочных полей; данных клинического анализа крови – незначительный лейкоцитоз с лимфоцитарным сдвигом, ускорение СОЭ.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: не назначено 1,2 пункта. «Удовлетворительно»: не сказано 3-4 пункта
Р0	неудовлетвори-тельно	Не может обосновать диагноз
В	3	Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка?
Э		Для купирования бронхообструкции у данного ребѐнка предпочтение следует отдать β2-агонистам короткого действия (Сальбутамол, Фенотерол), которые вызывают расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижают проницаемость сосудистой стенки, усиливают мукоцилиарный клиренс или препарату из группы М-холинолитиков – Ипратропиума бромида (Атровент). Причѐм при добавлении к β2-агонистам Ипратропиума бромида достигается синергический эффект. Поэтому бывает наиболее эффективным использование фиксированной комбинации Фенотерола и Ипратропиума бромида (Беродуала).
Р2	отлично	Ответ полный
Р1	хорошо/удовлетвор	«хорошо»: ответ не полный, не указан один пункт

	ительно	«удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны два пункта
Р0	неудовлетвори-тельно	Обучающийся не может дать описание бронхолитических препаратов
В	4	Окажите неотложную помощь. Ваша тактика лечения.
Э		Успокоить ребѐнка. Бородуал (Berodual) 10 капель растворить в 3 мл физиологического раствора хлорида Натрия, ввести путѐм ингаляции через небулайзер. При отсутствии эффекта ингаляцию можно повторить еще дважды через 20 минут. Пульмикорт (Pulmicort) 0,25 мг растворить в 3 мл физиологического раствора, ввести путѐм ингаляции через небулайзер через 15-20 мин после ингаляции Бородуала. Если эффект от вышеперечисленной терапии не наступил, то внутривенно ввести 1,3 мл 0,4% раствора Дексаметазона (Sol. Dexametasoni) из расчѐта 0,5 мг/кг и 1,7 мл 2,4% раствора Эуфиллина (Sol. Euphyllini) из расчѐта 4 мг/кг, лучше в/в капельно, предварительно растворив в 20 мл 0,9% раствора Натрия хлорида.
Р2	отлично	Ответ полный
Р1	хорошо/ удовлетворительно	«хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта «удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны 3-4 пункта
Р0	неудовлетвори-тельно	Обучающийся не может указать критерии качества оказания помощи в стационаре.
В	5	Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара.
Э		Респираторные вирусные инфекции, вызывающие обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, весьма контагиозны и распространяются не только воздушно-капельным, но и контактным путѐм. Инфекция может переноситься руками после контакта с секретами дыхательных путей. Поэтому распространение вирусов уменьшает частое мытьѐ рук ухаживающих за ребѐнком лиц. Родителям рекомендуется ограничить пребывание ребѐнка раннего возраста в людных местах, в том числе в детских учреждениях, исключить возможность пассивного курения, переохлаждений в эпидемический сезон инфекции (зима-весна). Проводить закаливание ребѐнка.
Р2	отлично	Ответ полный
Р1	хорошо/удовлетвор ительно	«хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта «удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны 3-4 пункта
Р0	неудовлетворитель но	Обучающийся не может указать основные рекомендации
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 2 по клинической практике

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
Ф	Б/01.7	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/02.7	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/07.7	Оказание экстренной медицинской помощи
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.
В	1	Поставьте диагноз
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз.
В	3	Окажите неотложную помощь новорождённому.
В	4	Проведите дифференциальную диагностику.
В	5	Какова тактика ведения новорождённого?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 2 по клинической практике

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
Ф	Б/01.7	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/02.7	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/07.7	Оказание экстренной медицинской помощи
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.
В	1	Асфиксия новорождѐнного средней степени тяжести

Э		
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный – неправильно указана степень тяжести «Удовлетворительно»: ответ не полный неправильно указан диагноз
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать основные принципы защиты населения в чрезвычайных ситуациях.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорождѐнного), клинических проявлений (состояние тяжѐлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
Р2	отлично	Ответ полный
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указано, что травма грудной клетки открытая. «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указан травматический шок.
Р0	неудовлетвори-тельно	Диагноз поставлен не верно.
В	3	Окажите неотложную помощь новорожденному.
Э		Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорождѐнному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорождѐнного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта. «Удовлетворительно»: не указаны ИВЛ, стимуляция дыхания
Р0	неудовлетворительно	Не может объяснить принципы оказания неотложной помощи
В	4	Диффернциальный диагноз
Э		Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лѐгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: не названы 2 пункта «Удовлетворительно»: не названо 3-4 заболевания
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может назвать заболевания, с которыми нужно проводить диф. диагностику
В	5	Какова тактика ведения новорождённого?
Э		После проведения реанимационных мероприятий новорождѐнного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и

		лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: Не указан один из видов помощи «Удовлетворительно»: неправильно указана тактика ведения
Р0	неудовлетворительно	Не дал ответа по вопросу.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Оценочное средство 1

Вопросы для собеседования

1. Геморрагический синдром у новорожденных, классификация, клиника, диагностика
2. Билирубиновая энцефалопатия у новорожденных, классификация, клиника, диагностика
3. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных
4. Гемолитическая болезнь новорожденных, классификация, клиника, диагностика
5. Болезни кожи и подкожной клетчатки у новорожденных, классификация, клиника, диагностика
6. Синдром дыхательных расстройств у новорожденных, классификация, клиника, диагностика
7. Заболевания пупочной ранки и сосудов у новорожденных, классификация, клиника, диагностика
8. Внутриутробные инфекции у новорожденных, критерии диагностики.
9. Пневмонии у детей: классификация, критерии диагностики
10. Нозокомиальная пневмония, диагностика.
11. Реабилитация, диспансеризация детей при пневмонии
12. Бронхиты у детей: классификация, диагностика, клиника.
13. Диагностика, лечение и профилактика анемии у детей.
14. Типы конституции у детей, риск развития патологических состояний.
15. Муковисцидоз классификация, клиника, диагностика.
16. Дифференциальный диагноз синдрома рвоты и срыгивания у детей первого года жизни
17. Нарушение кишечного всасывания у детей, дифференциальная диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний с синдромом нарушенного кишечного всасывания
18. Врождённые пороки сердца с обеднением малого круга кровообращения клиника диагностика.
19. Врожденные неревматические кардиты
20. Дифференциальная диагностика рахита, лечение рахита у детей.
21. Рахитоподобные заболевания, классификация, диагностика, клиника.
22. Синдром вегетативной дисфункции у детей. Классификация, методы обследования.
23. Тонзилогенные поражения сердца
24. Неревматические приобретенные кардиты у детей, дифференциальная диагностика

25. Острая ревматическая лихорадка, критерии диагностики. Принципы лечения острой ревматической лихорадки у детей
26. Кардиомиопатии у детей. Дифференциальный диагноз кардиомиопатии у детей
27. Пролапс митрального клапана, классификация, диагностика, клиника.
28. Критерии диагностики бронхиальной астмы у детей
29. Дифференциальный диагноз артритов у детей
30. Хронические бронхолёгочные заболевания у детей: методы обследования, критерии диагностики
31. Респираторные аллергозы: критерии диагностики.
32. Геморрагический васкулит, классификация клиника, диагностика
33. Пиелонефрит, инфекция мочевых путей, классификация, клиника, диагностика.
34. Дисметаболические нефропатии, диагностика.
35. Гломерулонефриты, классификация, клиника, диагностика
36. Нефротический синдром, классификация, клиника, диагностика
37. Артериальная гипертензия у детей и подростков классификация, клиника, диагностика
38. Функциональные и органические заболевания желудка и 12-перстной кишки у детей
39. Функциональные заболевания пищевода, классификация, клиника, диагностика
40. Эзофагиты, рефлюкс-эзофагит
41. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки классификация, клиника, диагностика
42. Функциональные и органические заболевания печени, классификация, клиника, диагностика

    Синдром «раздраженной» толстой кишки у детей клиника, диагностика
43. Обструктивный синдром: критерии диагностики.
44. Гипертермический синдром клиника, диагностика
45. Судорожный синдром классификация, клиника, диагностика
46. Метаболические комы классификация, клиника, диагностика
47. Бронхообструктивный синдром классификация, клиника, диагностика
48. Бронхиальная астма классификация, клиника, диагностика
49. Парагрипп, классификация, клиника, диагностика
50. Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка (псевдотуберкулёз) у детей и подростков, классификация, клиника, диагностика
51. Дифференциальный диагноз диарей у детей.
52. Дифференциальный диагноз экзантем у детей.
53. Критерии диагностики, клиники менингококковой инфекции у детей.
54. Дифференциальный диагноз эпидемического паротита.
55. Паротитная инфекция у детей. Диагностика.
56. Дифференциальный диагноз крупов.
57. Протоколы диагностики ОРВИ у детей.
58. Классификация, клиника, диагностика стрептококковой инфекции у детей.
59. Лямблиоз классификация, клиника, диагностика.
60. Токсокароз, классификация, клиника, диагностика
61. Парагонимоз, диагностика, лечение.
62. СПИД, классификация, клиника, диагностика
63. Инфекционный мононуклеоз. Классификация, клиника, диагностика Дифференциальная диагностика.
64. Диагностика тубинфицированности у детей.
65. Первичный туберкулёзный комплекс, критерии диагностики.
66. Туберкулёзный менингит, критерии диагностики.
67. Тубинтоксикация, критерии диагностики.
68. Туберкулёз лимфатических узлов. классификация, клиника, диагностика
69. Диагностика первичного туберкулёза у детей.

70. Структура, показатели распространенности, заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний у детей в Российской Федерации, Приморском крае.
71. Место педиатрической онкологической службы в системе специализированной медицинской помощи в России. Основные законодательные документы РФ в области здравоохранения. Стандарты оказания амбулаторно-поликлинической, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Учетная документация. Перечень. Правила оформления
72. Принципы профилактической работы, направленной на раннее выявление онкозаболеваний.

Оценочное средство 2

Чек - листы

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

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	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.	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	1 балл	-1 балла

	пальцами на правую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно 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	5	-5

Общая оценка:

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

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	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.	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: - По правой среднеключичной линии производят 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±2 см. Верхнюю границу печёночной тупости используют для определения двух других размеров.	1 балл	-1 балла
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	1 балл	-1 балла

	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±2 см.		
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±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	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии селезенки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	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.	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

<table>
<tr><td>4.</td><td>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 средине 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 средине 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).</td><td>1 балл</td><td>-1 балла</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста.

<table><tr><td>Линия измерения</td><td colspan="3">Возраст</td></tr><tr><td></td><td>дошкольники</td><td>школьники</td><td>подростки</td></tr><tr><td>Длинник</td><td>3-4</td><td>5-7</td><td>6-8</td></tr><tr><td>Поперечник</td><td>2-3</td><td>3-5</td><td>4-6</td></tr></table>
Перкуторные размеры селезенки, см.</td><td>1 балл</td><td>-1 балла</td></tr>
<tr><td></td><td>Итого</td><td>5</td><td>-5</td></tr>
</table>

Общая оценка:

Название практического навыка: Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

<table>
<tr><td>С</td><td colspan="3">31.08.19 Педиатрия</td></tr>
<tr><td>Ф</td><td colspan="3">Профессиональный стандарт "Врач-педиатр ", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12.11.2018 № 698н
Б/06.8. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</td></tr>
<tr><td>ТД</td><td colspan="3">Трудовые действия, предусмотренные функцией</td></tr>
<tr><td></td><td>Действие</td><td>Проведено</td><td>Не проведено</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Составление плана работы и отчета о своей работе</td><td>1 балл</td><td>-1 балл</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности</td><td>1 балл</td><td>-1 балла</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</td><td>1 балл</td><td>-1 балл</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Контроль выполнения должностных обязанностей</td><td>1 балл</td><td>-1 балл</td></tr>
</table>

	находящимся в распоряжении медицинским персоналом		
5.	Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Название практического навыка: Оказание медицинской помощи в экстренной форме

С	31.08.19 Педиатрия		
Ф	Профессиональный стандарт "Врач Педиатр ", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12.11.2018 № 698н **Б/07.8.** Оказание медицинской помощи в экстренной форме		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	1 балл	-1 балл
2.	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	1 балл	-1 балла
3.	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)	1 балл	-1 балл
4.	Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме	1 балл	-1 балл
5.	Готовность к оказанию экстренной медицинской помощи	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

общая оценка:

«Зачтено» не менее 80% выполнения
«Не зачтено» 79 и менее % выполнения

Оценочное средство 3

Ситуационная задача № 3 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
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 медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	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		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мать с мальчиком 4 лет обратилась к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе у ребёнка. При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребёнка отмечались подъёмы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3°С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускание – 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободное, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня). Результаты амбулаторного обследования: общий анализ крови: эритроциты – 3,4×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 15,2×109 /л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час; общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная; по данным диагностической тест-полоски – бактериурия ++. УЗИ почек: выявлено уплотнение стенок ЧЛС, пиелоэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
В	4	Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются

		при этом заболевании?
В	5	Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 3 по клинической практике

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
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 медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	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		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э		Хронический пиелонефрит, обострение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева?
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании: подъѐмов температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов в течение последнего года, боли в животе, лейкоцитоз нейтрофильного характера, увеличение СОЭ, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия. Диагноз «пузырно-мочеточниковый рефлюкс» предположен в связи с наличием пиелоэктазии слева, с увеличением объѐма лоханки после микции (по данным УЗИ).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны три и более пункта
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может ответить

В	3	Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
Э		Микционная цистография для подтверждения пузырно-мочеточникового рефлюкса и уточнения его степени.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов. «Удовлетворительно»: не точно указан диагноз
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ.
В	4	Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?
Э		Цефалоспорины (Цефотаксим, Цефтриаксон, Цефиксим), ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: Не указаны все антибактериальные препараты «Удовлетворительно»: помимо правильно указаных антибиотиков, назвал препараты не использующиеся
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может осуществить диспансерное наблюдение
В	5	Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.
Э		Фуразидин.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный указан препарат того же ряда, указано торговое название. «Удовлетворительно»: не правильно указан препарат
Р0	неудовлетворительно	Не ответил на вопрос
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 4 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	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		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна. Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109 /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки – 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на HP-инфекцию: положительный (++).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
В	4	На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
В	5	Подберите необходимую диету для больного.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 4 по клинической практике

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
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 медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	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		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна. Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109 /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с

		перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки – 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. H. pylori (+).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указано в диагнозе чем ассоциировано заболевание
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастрии, купирующиеся приѐмом пищи, отягощѐнная наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастральной и пилородуоденальной зоны, болезненность при пальпации в точках Де-Жардена и МейоРобсона, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости и положительного биопсийного теста на НР-инфекцию.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны два пункта
Р0	неудовлетвори-тельно	Обучающийся не может ответить
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э		Пациенту рекомендовано: исследование кала на скрытую кровь. Копрограмма.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов. «Удовлетворительно»: указаны неправильные доп. обследования
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может ответить
В	4	На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
Э		Однонедельную тройную терапию на основе ингибиторов протонной помпы, висмута трикалия дицитрат и антибактериального препарата.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: Не указан период лечения «Удовлетворительно»: не указан 1 препарат из тройной терапии

Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может рассказать схему первой линии
В	5	Подберите необходимую диету для больного.
Э		Стол № 1 (4-5 кратный приѐм пищи).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный. «Удовлетворительно»: неправильно указан номер диеты
Р0	неудовлетворительно	Ординатор не ориентируется в лечебных диетах
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 5 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
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 медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	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		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении – 2900 г, рост – 51 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, лейкоциты – 18×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лейкоциты – 17%, моноциты – 8%, тромбоциты - 112×109 /л, общий

		билирубин – 156 мкмоль/л, прямой – 63 мкмоль/л. СРБ – 60 мг/л, АЛТ – 230 МЕ/л, АСТ – 180 МЕ/л. Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S – 14 мм, D – 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела – 37,6°С. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес – 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность – 39 см, большой родничок – 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 138 ударов в минуту, АД – 76/43 мм рт.ст. Живот слегка поддут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии.
В	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 5 по клинической практике

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.19**	**Специальность Педиатрия**
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 медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	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		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении – 2900 г, рост – 51 см,

		окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, лейкоциты – 18×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лейкоциты – 17%, моноциты – 8%, тромбоциты - 112×109 /л, общий билирубин – 156 мкмоль/л, прямой – 63 мкмоль/л. СРБ – 60 мг/л, АЛТ – 230 МЕ/л, АСТ – 180 МЕ/л. Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S – 14 мм, D – 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела – 37,6°С. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес – 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность – 39 см, большой родничок – 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 138 ударов в минуту, АД – 76/43 мм рт. ст. Живот слегка подвздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		1. ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может выставить диагноз
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Серологическое обследование крови матери и ребѐнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции. Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии. ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы. Консультация врача-офтальмолога и врача-невролога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1-2 из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указано серологическое обследование.

Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может назвать основные методы диагностики.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионногидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребѐнка, судорог, развития гипертензионногидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1-2 из пунктов. «Удовлетворительно»: не указаны 3 и более пункта
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать обоснование
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии
Э		Лечение токсоплазмоза у новорождѐнного с учѐтом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приѐма) 5 дней + Сульфасалазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приѐма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3 курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: Не указана периодичность плановых осмотров «Удовлетворительно»: не учтены диспансерные группы.
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может осуществить диспансерное наблюдение
В	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э		Цитомегаловирусная инфекция, врождѐнная краснуха, листериоз.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1 пункт. «Удовлетворительно»: неправильно указаны 1-2 заболеваний
Р0	неудовлетворительно	Ординатор не может ответить на поставленный вопрос.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.