федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПЕДИАТРИЯ**

по специальности

*31.05.03 Стоматология*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности)*31.05.03 Стоматология*,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 9 от «30» апреля 2021 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России «30 » апреля 2021 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ОПК-5.** Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

**Инд.ОПК5.1.** Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Модуль *1* «Заболевания детей грудного и раннего возраста. Заболевания детей старшего возраста»**

**Тема 1. Периоды детского возраста. Критерии здоровья. Факторы риска. Организация медицинской помощи в педиатрии.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

# ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАЧИНАЕТСЯ С (ЛЕТ)

+ 3

4

5

6

# ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ДЛИТСЯ (ГОД)

+ с 10 до 19

с 12 до 16

с 11 до 18

с 10 до 14

# ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

+ 1 месяц

1 неделю

3 месяца

2 месяца

# ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

+ 3 месяца

1 месяц

6 месяцев

1 год

#К критериям, характеризующим здоровье, относят

наличие или отсутствие функциональных нарушений

факторы риска биологического анамнеза

факторы риска генеалогического анамнеза

факторы риска социального анамнеза

+все ответы верны

нет верного ответа

#Понятие «особенности онтогенеза» при комплексной оценке состояния здоровья детей включает

+генеалогический, биологический, социальный анамнез

уровень нервно-психического развития, генеалогический анамнез

резистентность организма, наличие хронических заболеваний, биологический анамнез

уровень функционального состояния организма, социальный анамнез

#Комплексная оценка состояния здоровья детей проводится по \_\_\_\_\_ критериям

4

5

+6

7

#Групп здоровья существует

+5

4

7

6

#Период новорожденности длится до \_\_\_\_\_\_ недель жизни

+4

6

2

3

#Период раннего возраста включает детей в возрасте (год)

+от 1 до 3

от 2 до 6

от 1 до 5

от 0,5 до 2

#Дошкольным периодом называют возраст детей (год)

+от 3 до 7

от 2 до 6

от 4 до 8

от 1 до 7

#Младенческий период (грудной) включает детей в возрасте от

+1 месяца до 1 года

1 месяца до 3 лет

6 месяцев до 1,5 лет

6 месяцев до 3 лет

#Период раннего возраста включает детей в возрасте от

+1 года до 3 лет

6 месяцев до 2 лет

1 года до 5 лет

2 до 6 лет

#Какие группы факторов влияют на здоровье человека?

+эндогенные и экзогенные

социально-экономические

психолого-педагогические

географические и медико-биологические

#Влияния факторов на здоровье человека может проявиться

+при внутриутробном развитии, рождении, в процессе дальнейшего роста и развития, в течение последующей жизни

в процессе жизнедеятельности детей, подростков и взрослых

при поступлении в детское образовательное учреждение, при дальнейшем обучении и поступлении на работу

при ведении нездорового образа жизни

#По федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под здоровьем понимают

+состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний

отсутствие патологических процессов в организме

возможность осуществления биологических и трудовых функций

отсутствие анатомических и физиологических дефектов

#Какой фактор способствует улучшению здоровья детей?

+оптимальные условия проживания и обучения

интенсивные занятия спортом высоких достижений

высококалорийное питание

низкокалорийное питание

#Какой фактор способствует улучшению здоровья детей?

+рациональное питание

интенсивные занятия в спортивных секциях

обильное питание

обливание холодной водой на морозе и хождение босиком по снегу

#Под факторами риска понимают факторы

+потенциально опасные для здоровья

повышающие опасность травматизма

вредные и опасные производственные

вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение

#Под факторами риска понимают факторы

+повышающие вероятность развития заболеваний

повышающие опасность травматизма

вредные и опасные производственные

вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение

#Период грудного возраста, или младенчества длится

+до 12 мес.

с 1 года до 3 лет

с 3 до 6 лет

c 7 до 11 лет

с 12 до 18 лет

#Период преддошкольный, или раннего возраста длится

до 12 мес.

+с 1 года до 3 лет

с 3 до 6 лет

c 7 до 11 лет

с 12 до 18 лет

#Период дошкольный длится

до 12 мес.

с 1 года до 3 лет

+с 3 до 6 лет

c 7 до 11 лет

с 12 до 18 лет

#Период младший школьный длится

до 12 мес.

с 1 года до 3 лет

с 3 до 6 лет

+c 7 до 11 лет

с 12 до 18 лет

#Период старший школьный длится

до 12 мес.

с 1 года до 3 лет

с 3 до 6 лет

c 7 до 11 лет

+с 12 до 18 лет

#Перинатальный период длится

+с 28 нед. внутриутробного развития до 7 дня жизни

после 28 нед. до начала родов

первые 7 дней жизни

первые 28 дней жизни

с 8 по 28 день жизни

Устный опрос

1. Понятие «здоровье». Основные критерии здоровья детей. Понятие о группах здоровья детей. Нормативные акты: Федеральный закон РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», приказ МЗ РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
2. Периоды детского возраста.
3. Факторы риска развития заболеваний.
4. Структура оказания медицинской помощи: виды медицинской помощи, формы оказания медицинской помощи, этапы и уровни оказания медицинской помощи.

Реферативное сообщение

1. Развитие и возрастные особенности ребенка

Решение ситуационных задач

**Задача**

Девочке 6 месяцев. Обратились на консультацию к стоматологу с жалобами на беспокойство ребенка при кормлении, капризность, начинающиеся в первые минуты кормления.

Из анамнеза: ребенок от 8 беременности, 3 родов. Предыдущие беременности: 3 мед.аборта, 2 выкидыша, двое старших детей 10 и 5 лет (здоровы). На учет в женскую консультацию встала в сроке 10-11 недель. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания на сроке 20 недель, обострения пиелонефрита, ОРВИ (принимала антибактериальные препараты, точно указать название не может) в первом триместре. Возраст матери 37 лет. Возраст отца 42 года. Питание во время беременности хорошее, режим соблюдала. Продолжительность родов 8 часов. Безводный промежуток – 2 часа. Ребенок закричал сразу, крик громкий. Масса тела при рождении 2900г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения находится на естественном вскармливании. Домой выписаны на 3 сутки.

Генеалогический анамнез: у дяди по материнской линии врожденный порок сердца, у бабушки по материнской линии артериальная гипертензия, у дедушки по линии отца ишемическая болезнь сердца, у матери пиелонефрит, отец здоров.

Вакцинация не проводилась (отказ матери). В контакте с инфекционными больными в течение предшествующих 3 недель не были. Аллергологический анамнез: не отягощен.

При осмотре ротовой полости десны с признаками воспаления, зубов нет, отмечается умеренная гиперемия зева, миндалины гипертрофированы и гиперемированы. На деснах, небе, с внутренней стороны щек имеется творожистый налет. При осмотре с применением шпателя отмечалось резкое беспокойство ребенка. После удаления творожистого налета на слизистой открываются язвочки.

Задания:

1) Поставьте предположительный диагноз

2) Укажите причины патологического состояния

3) Составьте алгоритм помощи

**Тема 2. Особенности заболеваний органов дыхания и аллергопатологии в практике врача -стоматолога.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

#КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

удлинение выдоха

свистящие хрипы на выдохе

+обильные мелкопузырчатые хрипы на вдохе

участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

коробочный оттенок перкуторного звука

#КАКОВА ПРИЧИНА УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА

увеличение силы дыхательной мускулатуры

уменьшение бактериальной аллергии

+увеличение просвета бронхов

уменьшение реактивности лимфатической ткани

#КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

удлинение выдоха

свистящие хрипы на выдохе

+обильные мелкопузырчатые хрипы на вдохе

участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

коробочный оттенок перкуторного звука

#ДЛЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХОВ ХАРАКТЕРНЫ

внезапное появление кашля, постоянство его

затруднение вдоха и выдоха

рентгенологически смещение тени средостения

долевой и сегментарный ателектаз

+все выше перечисленное

#ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЁННЫЕ, КРОМЕ

отсутствие клинических проявлений в состоянии покоя

увеличение частоты дыхания на 10-20% при легкой физической нагрузке

появление периорального цианоза и тахикардии при легкой физической нагрузке

нормальное или сниженное до 90% насыщение кислородом крови

+учащение дыхания на 20-50% в покое

#ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЁННЫЕ, КРОМЕ

бледность кожи, периоральный цианоз в покое

учащение дыхания на 20-50% в покое

участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания в покое

уменьшение насыщения крови кислородом до 70- 80%

+значительная гиперкапния

#ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПРИВЕДЁННЫЕ, КРОМЕ

поверхностное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, крыльев носа в покое

увеличение частоты дыхания на 50-100% в покое

снижение насыщения крови кислородом менее 70%

заторможенность, вялость ребенка, снижение мышечного тонуса

+учащение частоты дыхания на 20-50% в покое

#ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ

вирусы

бактериальная флора

пневмоцисты

микоплазмы

+все выше перечисленное

#КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

+через руки персонала

через продукты питания

через белье

через предметы ухода

#КАКОЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН, ЕСЛИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА В КЛИНИКЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПОВТОРНЫЕ ПНЕВМОНИИ, ПОСТОЯННЫЙ КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ ВЯЗКОЙ МОКРОТЫ, (ЖИРНЫЙ) ОБИЛЬНЫЙ СТУЛ

коклюш

цитомегаловирусная инфекция

+муковисцидоз

целиакия

экссудативная энтеропатия

# Особенностями бронхов у детей грудного и раннего возраста являются

Слабое развитие мышечных и эластических волокон

Узкий просвет бронхов

Недоразвитие хрящевого каркаса

+ Все верно

# При транспортировке пациента с острой дыхательной недостаточностью необходимо обеспечить

+ Оксигенотерапию

Инфузионную терапию

Постуральный дренаж

Контроль артериального давления

# Бронхиальная астма–это

Хроническое воспаление дыхательных путей

Хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов

+ Хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов,проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом или дыхательным дискомфортом

# Для подтверждения диагноза пневмонии обязательным является

Дыхательный тест

+ Рентгенологическое исследование грудной клетки

Анализ уровня хлоридов пота

Бронхоскопия

# Проведение профилактических прививок детям с респираторными аллергозами

Без ограничений

+ С предварительной подготовкой

Запрещено

\*В патогенезе сужения просвета бронхов при остром обструктивном бронхите основную роль играют

Бронхоспазм

+Отек слизистой бронхов

+Гиперсекреция слизи

Верно все

# Возбудителями пневмонии у детей чаще являются

+Пневмококк

Микоплазма

Хеликобактер пилори

Верно все

# Симптомами острой пневмонии являются

+ Одышка, стонущее дыхание, цианоз, кашель, мелкопузырчатые хрипы

Ринит, першение в горле, сухие хрипы, среднепузырчатые влажные хрипы

# Основными клиническими признаками приступа бронхиальной астмы у детей являются

Инспираторная одышка

Свистящее дыхание

+Экспираторная одышка

Обильная саливация

#ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

+приступы удушья

кашель с гнойной мокротой

кровохарканье

боль в грудной клетке

#В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ

+пищевая

бытовая

эпидермальная

пыльцевая

#БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К АЛЛЕРГЕНАМ

+пыльцевым

пищевым

грибковым

эпидермальным

Устный опрос

1. Острые бронхиты. Этиология, патогенез. Классификация бронхитов. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
2. Принципы терапии. Противовирусные препараты. Профилактика. Реабилитационные мероприятия
3. Острая пневмония. Предрасполагающие факторы, значение реактивности организма. Патогенез пневмонии. Классификация.
4. Степени дыхательной недостаточности. Клиника. Проявления пневмонии – основные синдромы. Осложнения. Лечение.
5. Дифференциальная диагностика острых бронхолегочных заболеваний. Дифференциальная диагностика с хронической пневмонией.
6. Особенности деструктивных пневмоний.
7. Бронхиальная астма. Распространенность. Эпидемиологические факторы риска возникновения бронхиальной астмы. Этиология. Современные аспекты патогенеза. Классификация. Клиника в зависимости от тяжести. Диагностика.
8. Принципы терапии в зависимости от тяжести. Ступенчатый подход к лечению бронхиальной астмы. Принципы диспансерного наблюдения.

Реферативное сообщение

1. Поражения слизистой оболочки полости рта, обусловленные аллергией и приемом лекарственных средств

Решение ситуационных задач

**Задача**

У ребенка 7 лет, находящегося на лечении в отделении челюстно-лицевой [хирургии](https://pandia.ru/text/category/hirurgiya/" \o "Хирургия), отмечалось повышение температуры тела до 37,7С, общая слабость, обильное слизистое отделяемое из носа, приступообразный сухой кашель, через некоторое время появились признаки удушья с затруднением выдоха, частым сухим кашлем; дыхание шумное, на расстоянии слышны свистящие хрипы. При осмотре: беспокоен, глаза испуганные. Вынужденное положение тела - сидит, опираясь на край кровати. Бледен. Напряжение и раздувание крыльев носа, грудная клетка бочкообразной формы, с втяжением уступчивых мест. ЧДД – 30 в минуту, пульс 100 уд. в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Беспокоит навязчивый сухой кашель, дыхание шумное.

Задания:

1) Поставьте предположительный диагноз

2) Укажите причины патологического состояния

3) Составьте алгоритм неотложной помощи

**Тема 3. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы у детей в практике врача -стоматолога.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

+ влажный кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в лѐгких

увеличение печени, селезенки

отеки стоп и голеней

акроцианоз, сухие хрипы в лѐгких

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

+ одышка, тахикардия

увеличение печени, селезенки

отеки стоп и голеней

акроцианоз, сухие хрипы в лѐгких

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

+ акроцианоз, тахикардия

влажные мелкопузырчатые хрипы в лѐгких, влажный кашель

запах ацетона изо рта, центральный цианоз

влажный кашель, брадикардия

# ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

+ толщину стенок желудочков

проводящую систему сердца

локализацию шумов

фазовый анализ систолы желудочков

# ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

+ форму и движение створок клапанов

локализацию шумов

проводящую систему сердца

фазовый анализ систолы желудочков

# СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

+ появлением к вечеру

появлением вначале на лице

отеком шеи

появлением утром

# СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

+ появлением вначале на стопах и голенях

появлением вначале на лице

отеком шеи

появлением утром

# У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ НА

+ лице, лобке и половых органах

стопах и голенях

затылке

в области плечевого пояса

Устный опрос

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей.
2. Патология сердечно-сосудистой системы у детей.
3. Особенности стоматологического статуса у детей при заболеваниях сердечно – сосудистой системы.
4. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы.
5. Эндокринопатии в детском возрасте. Сахарный диабет.
6. Особенности стоматологического статуса у детей при заболеваниях эндокринной системы.

Реферативное сообщение

1. Гипергликемическая и гипогликемическая комы. Этиопатогенез. Клиническая картина. Отличительные особенности. Дифференциальная диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи в амбулаторных условиях в практике врача-стоматолога.

Решение ситуационных задач

**Задача 1**

На приеме у стоматолога мальчик 5 лет, жалобы на множественный кариес. За 3 недели до настоящего обращения вместе с матерью переболел ангиной. Затем стал вялым, отмечалась бледность кожи, синева под глазами. Во сне стал обильно потеть. Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести, вялый, бледный. На сгибательных поверхностях предплечий и на туловище отмечается бледно-розовая кольцевидная сыпь до 5мм в диаметре. Зев чистый, миндалины гипертрофированы, чистые. Зубы кариозные. В легких дыхание везикулярное, число дыханий 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца громкие. Частота сердечных сокращений 122 в минуту (во сне 120 в минуту). При перкуссии: правая граница сердца - по правому краю грудины, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии на уровне 5 ребра, верхняя-2 межреберье. Систолический шум занимает всю систолу, связан с I тоном, проводится за пределы сердца. Живот мягкий, печень +1 см по среднеключичной линии, селезенка + 0,5 см. Дизурии нет, стул нормальный. Координационные пробы выполняет уверенно. Осмотр сустава: правый коленный сустав увеличен в размерах, горячий на ощупь, кожа гиперемирована. Объем движений резко ограничен. Данные проведенного обследования:  Общий анализ крови: Нв-102 г/л, эр-3,5 х 1012/л, л-18,2 х 109 /л, п/я-8, с/я-32, э-5, м-5, лимф.-50, СОЭ-52 мм/час. 

Задания:

1) Поставьте предположительный диагноз

2) Укажите причины патологического состояния

3) Составьте алгоритм помощи

**Задача 2**

Девочка 8 лет, 4 месяца. Данные анамнеза: ребенок от 2-й, нормально протекавшей беременности и нормальных родов. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раза в год, ветряная оспа в 6 лет. Прививки сделаны по возрасту. У бабушки по матери сахарный диабет 2 типа. Больна 2 месяца. После перенесенного ОРВИ девочка стала жаловаться на жажду, повышенный аппетит, похудание, учащенное мочеиспускание. За 5 дней до госпитализации состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, рвота, сонливость, запах ацетона изо рта. Накануне госпитализации появилась одышка, многократная рвота с болями в животе, сопорозное состояние. Данные объективного осмотра. При поступлении состояние тяжелое: резкая слабость, спит, но при обращении отвечает на односложные вопросы и тут же засыпает. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Одышка. При аускультации жестковатое дыхание. Тахикардия, тоны сердца приглушены. АД 90/50 мм рт. Столба. Живот при пальпации болезненный. Печень + 1.5 см из под реберной дуги. Мочеиспускание частое, вульва гиперемирована. Данные проведенного обследования:  Сахар крови 30 ммоль/л,  Сахар в моче (300 мл) 5%, ацетон ++++,  КОС: РН 7.1, ВЕ – (-20).

1) Поставьте предварительный диагноз

2) Укажите причины патологического состояния

3) Составьте алгоритм неотложной помощи

**Тема 4. Особенности заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей в практике врача -стоматолога.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

\*Изменения в полости рта при гиперацидном гастрите

гипосаливация

+гиперсаливация

бледность и отечность слизистой оболочки полости рта

+гипертрофия сосочков языка

сглаженность сосочков языка

\*Изменения в полости рта при гипоацидном гастрите

+гипосаливация

гиперсаливация

бледность и отечность слизистой оболочки полости рта

гипертрофия сосочков языка

+сглаженность сосочков языка

\*Жалобы, характерные для хронического гастродуоденита

+неприятный запах из полости рта

спонтанные десневые кровотечения

+привкус кислого, горького

афты на переходной складке

темная пигментация налета у шеек зубов

\*Изменения в полости рта при язвенной болезни

отечность слизистой оболочки полости рта

+повышение температурной и тактильной чувствительности

иктеричность мягкого неба и альвеолярного отростка

+гиперемия и отечность языка

+налет желто-коричневого цвета на языке

спонтанные десневые кровотечения

#Кислый вкус во рту, обложенность языка серым налетом, периодическое появление на переходной складке единичных афт характерно

для гемофилии

хронического пиелонефрита

+хронического гастродуоденита

сахарного диабета

X-гистиоцитоза

\*Роль врача-стоматолога в комплексном лечении детей с хроническим гастродуоденитом

+осмотр стоматолога 1 раз в год

осмотр стоматолога не менее 3 раз в год

+тщательная санация полости рта, устранение одонтогенных очагов инфекции

санация полости рта с предварительной антибактериальной терапией

+активная профилактика кариеса, коррекция гипосаливации

\*Основные правила ухода за полостью рта при заболевании ЖКТ

+тщательное очищение зубов после каждого приема пищи

чистка зубов твердой щеткой после каждого приема пищи

+ежедневное применение ополаскивателей для полости рта

+щелочные полоскания при рефлюксе или частой рвоте

\*Особенности стоматологического статуса у детей с ГЭРБ

кандидозное поражение слизистой

+склонность к кариесу

+желто-коричневое окрашивание налета на языке

+патология мягких тканей полости рта (хейлит, стоматит, гингивит)

выпадение зубов

\* Клиническими признаками желудочно-кишечного кровотечения являются

+кинжальные боли в животе

+рвота «кофейной гущей»

+дегтеобразный стул

желтушность кожи

#Для патологии мочевой системы характерно наличие

+нарушения мочеиспускания

экспираторной одышки

ритма галопа

пятнисто-папулѐзной сыпи

#При патологии органов мочевой системы часто встречается синдром

+отѐчный

диспепсический

анемический

суставной

#Гематурией называется увеличение в моче количества

+эритроцитов

белка

гемоглобина

цилиндров

#Характерные признаки почечных отеков

+появляются в первую очередь на лице

появляются только вечером

появляются в первую очередь на ногах

твердые

Устный опрос

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы.
2. Болезни органов пищеварения у детей. Хронические гастродуодениты. Язвенная болезнь. Заболевания билиарной системы.
3. Особенности стоматологического статуса у детей при заболеваниях пищеварительной системы.
4. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы.
5. Патология почек у детей. Инфекция мочевой системы: острый и хронический пиелонефрит у детей. Хронический гломерулонефрит. Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность.
6. Особенности стоматологического статуса у детей при заболеваниях мочевой системы.

Реферативное сообщение

1. Клинико-лабораторная характеристика плотного пигментированного налета на зубах у детей с заболеваниями ЖКТ.
2. Стоматологический статус детей, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника (клинико-лабораторная характеристика).

**Тема 5. Особенности заболеваний кроветворной системы у детей в практике врача -стоматолога.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

#ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМ

+гемолитический

гипертензионный

судорожный

отечный

#ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМ

+анемический

гипертензионный

судорожный

мальабсорбции

#ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМ

+геморрагический

гипертензионный

судорожный

отечный

#ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ

ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+бледность кожи и видимых слизистых оболочек с желтушным оттенком

бледность кожи и слизистых оболочек

стойкое повышение температуры тела

увеличение лимфатических узлов

#ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

+остром лейкозе

геморрагическом васкулите

железодефицитной анемии

гемолитической анемии

#ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

+тромбоцитопенической пурпуре

геморрагическом васкулите

железодефицитной анемии

гемолитической анемии

#ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

+апластической анемии

геморрагическом васкулите

гемофилии А

гемолитической анемии

#ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+опухолевых процессах

апластической анемии

гемолитической анемии

гемофилии А

Устный опрос

1. Анатомо-физиологические особенности кроветворения.
2. Геморрагические диатезы у детей. Гемофилия. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Системный микротромбоваскулит.
3. Лейкемии у детей.
4. Неотложная помощь.
5. Особенности стоматологического статуса у детей при заболеваниях кроветворной системы.

Реферативное сообщение

1. Стоматологическая помощь детям, больным гемофилией.
2. Стоматологическая помощь детям с онкозаболеваниями.
3. Система свертывания крови. Этапы процесса свертывания крови. Механизмы коагуляционного гемостаза. Фибринолитическая система крови.
4. Геморрагические васкулиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.
5. Геморрагический синдром в практике врача-стоматолога. Типы кровоточивости. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи.
6. Коагулопатии. Гемофилии. Патогенез. Клиническая картина. Особенности оказания неотложной помощи при гематомном типе кровоточивости у детей.

Решение ситуационных задач

**Задача**

У ребенка 10 лет, через 2 дня после оперативного вмешательства по поводу обширной травмы мягких тканей лица и шеи с массивной кровопотерей, отмечалось появление на коже тела и конечностей множественных геморрагий. В общем анализе крови отмечается снижение уровня тромбоцитов до 17х109/л.

Задания:

1) Поставьте предварительный диагноз

2) Укажите причины патологического состояния

3) Составьте алгоритм неотложной помощи

**Модуль *2* «Неотложная помощь детям при жизнеугрожающих состояниях»**

**Тема 1 Неотложная помощь детям грудного и раннего возраста при жизнеугрожающих состояниях.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Устный опрос

1.Жизнеугрожающие состояния, понятие. Экстренная, неотложная помощь, понятие.

2.Роль врача-стоматолога в оказании неотложной помощи. Возможные ошибки при оказании неотложной помощи детям и их предупреждение.

3.Нормативно-правовые документы регламентирующие порядки и алгоритмы оказания помощи детям. Организация медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях у детей.

4. Принципы диагностики угрожаемых состояний. Оценка витальных функций ребенка. Мониторинг витальных функций (пульсоксиметрия, ЭКГ, газовый состав крови). Основные синдромы, требующие оказания неотложной помощи. Возрастные особенности развития неотложных состояний у детей.

5.Гипертермический синдром: определение, виды, диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи при лихорадке «розового» и «бледного» типа. Физические методы охлаждения. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

6. Судорожный синдром у детей. Этиология. Алгоритм оказания неотложной помощи. Метаболические судороги (гипокальциемические, гипогликемические). Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

7. Токсикозы у детей. Нейротоксикоз. Отек мозга. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

8. Острая дыхательная недостаточность. Виды. Степени ДН. Клинико-лабораторная картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

9. Бронхо-обструктивный синдром. Клинико-лабораторная картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

10. Приступ бронхиальной астмы. Астматический статус. Клинико-лабораторная картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

11. Кислородотерапия. Виды. Способы подачи кислорода пациенту. Показания для кислородотерапии. Оценка эффективности кислородотерапии (в том числе газовый состав крови).

12. Острые аллергические реакции: крапивница, отек Квинке, анафилактичекий шок. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.

Реферативное сообщение

1. Роль врача-стоматолога в оказании неотложной помощи детям. Нормативно-правовые документы регламентирующие алгоритмы оказания неотложной помощи детям.
2. Организация оказания неотложной помощи детям в амбулаторных условиях.
3. Принципы диагностики угрожаемых состояний. Оценка витальных функций ребенка. Мониторинг витальных функций.
4. Основные синдромы, требующие оказания неотложной помощи в работе врача-стоматолога.
5. Возрастные особенности развития неотложных состояний у детей.
6. Судорожный синдром у детей. Фебрильные, гипокальциемические, аффективно-респираторные судороги. Этиопатогенез. Клинические проявления.
7. Нейротоксикоз у детей. Отек мозга. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
8. Острая дыхательная недостаточность. Виды. Степени ДН. Клинико-лабораторная картина.
9. Бронхо-обструктивный синдром, клинические особенности течения у детей. Факторы риска формирования бронхиальной астмы. Дифференциальная диагностика бронхо-обструктивного синдрома.
10. Кислородотерапия. Виды и способы подачи кислорода пациенту. Показания для кислородотерапии. Оценка эффективности кислородотерапии.
11. Ингаляционная терапия, типы ингаляторов, показания, техника проведения, особенности ингаляционной терапии у детей,
12. Газовый состав крови и кислотно-основное состояние, физиология, нормальные референтные значения. Нарушения газового состава крови и КОС у детей при острой и хронической дыхательной недостаточности.
13. Современная концепция патогенеза острых аллергических реакций. Основные медиаторы острых аллергических реакций, их эффекты. Крапивница, отек Квинке. Этиопатогенез. Клиническая картина.
14. Анафилактический шок у детей и подростков, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика. Анафилактический шок в стоматологической практике.

**Тема 2. Неотложная помощь детям старшего возраста при жизнеугрожающих состояниях.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Устный опрос

Реферативное сообщение

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Устный опрос

1. Обморок. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
2. Коллапс. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
3. Острая левожелудочковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
4. Острая правожелудочковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
5. Одышечно-цианотический приступ. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
6. Гипогликемическая кома. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
7. Гипергликемическая кома. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
8. Почечная колика. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
9. Острое почечное повреждение. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
10. Желудочно-кишечное кровотечение. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
11. Кровотечение при тромбоцитопенической пурпуре. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
12. Кровотечение при гемофилии. Виды. Этиопатогенез. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
13. Носовое кровотечение. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
14. Кровотечение из лунки зуба. Клиническая картина. Алгоритм оказания неотложной помощи. Оценка эффективности оказанной помощи. Определение дальнейшей маршрутизации пациента после стабилизации его состояния, показания для госпитализации, условия транспортировки.
15. Базовая легочно-сердечная реанимация у детей. Этапы. Непрямой массаж сердца. ИВЛ. Основные лекарственные средства для проведения СЛР. Особенности легочно-сердечной реанимации у детей.

Реферативное сообщение

1. Критические состояния в практике врача-стоматолога. Острая сосудистая недостаточность. Обморок. Коллапс. Патогенез. Клиника. Факторы риска развития неотложных состояний. Методы профилактики.
2. Острый коронарный синдром у детей. Патогенетические аспекты. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Принципы лечения на догоспитальном этапе.
3. Гипергликемическая и гипогликемическая комы. Этиопатогенез. Клиническая картина. Отличительные особенности. Дифференциальная диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи в амбулаторных условиях в практике врача-стоматолога.
4. Желудочно-кишечное кровотечение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Базовая легочно-сердечная реанимация у детей. Этапы. Непрямой массаж сердца. ИВЛ. Основные лекарственные средства для проведения СЛР. Особенности легочно-сердечной реанимации у детей.

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится

1.В форме тестирования

2.По зачетным билетам**:** решение клинических задач, алгоритм неотложной помощи

3. Собеседование

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Процедура проведения промежуточной аттестации и механизм формирования зачетного рейтинга регулируются следующими нормативными документами:

• Положение П 076.02-2019 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;

• Положение П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Дисциплинарный рейтинг (Рд) по дисциплине (модулю) обучающегося рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и зачетного рейтинга (Рз) по формуле:

Рд = Ртс + Рз,

где: Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии). Студент может максимально набрать 70 баллов текущего рейтинга и 30 баллов зачетного рейтинга.

Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 0 до 30.

Зачет включает 3 задания, каждое из которых оценивается от 0 до 10 баллов.

1. Тестирование в электронной форме

2. Теоретический опрос

3. Ситуационная задача (практико-ориентированное задание)

Зачетный рейтинг формируется методом среднего арифметического всех набранных баллов за каждую контрольную точку

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рз | Средний балл | Рз | Средний балл |
| 30 | 5,0 | 22 | 3,6-3,7 |
| 29 | 4,8-4,9 | 21 | 3,5 |
| 28 | 4,6-4,7 | 20 | 3,3-3,4 |
| 27 | 4,5 | 19 | 3,1-3,2 |
| 26 | 4,3-4,4 | 18 | 3,0 |
| 25 | 4,1-4,2 | 17 | 2,9 |
| 24 | 4,0 | 16 | 2,8 |
| 23 | 3,8-3,9 | 15 | 2,7 |
|  |  | 14 | 2,6 и менее |

**30-27 баллов** зачетного рейтинга выставляются студенту в следующем случае:

При собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «ОТЛИЧНО».

Оценки «отлично» выставляются если ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы.

Тест: количество правильных ответов ≥ 91 %.

**26-21 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «ХОРОШО».

Оценка «хорошо» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

Тест: количество правильных ответов ≥81 %.

**20-15 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

Оценки «удовлетворительно» выставляются, если в ответах допущены нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

Тест: количество правильных ответов ≥ 71 %

**14-0 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

Оценки «неудовлетворительно» выставляются, если в ответах материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине.

Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Тест: количество правильных ответов <70 %

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов результаты промежуточной аттестации признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов. Таким образом, студент должен набрать дисциплинарный рейтинг не менее 50 баллов.

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

Перевод дисциплинарного рейтинга в пятибалльную оценку по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **Оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** | **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** | **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** |
| 15 | 50 | удовлетворительно | 20 | 70 | хорошо | 25 | 86 | отлично |
| 16 | 54 | удовлетворительно | 21 | 74 | хорошо | 26 | 89 | отлично |
| 17 | 59 | удовлетворительно | 22 | 78 | хорошо | 27 | 92 | отлично |
| 18 | 64 | удовлетворительно | 23 | 82 | хорошо | 28 | 95 | отлично |
| 19 | 69 | удовлетворительно | 24 | 85 | хорошо | 29 | 98 | отлично |
|  |  |  |  |  |  | 30 | 100 | отлично |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Перечень вопросов по неотложной помощи**

1. Оказать неотложную помощь ребенку 12 лет при желудочном кровотечении. Алгоритм действия.
2. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при отеке Квинке. Алгоритм действия
3. Оказать неотложную помощь ребенку 2 лет при судорогах. Алгоритм действия
4. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет с острой дыхательной недостаточностью. Алгоритм действия
5. Оказать неотложную помощь ребенку 9 лет при гипергликемической коме. Алгоритм действия
6. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при приступе бронхиальной астмы. Алгоритм действия
7. Оказать неотложную помощь ребенку 12 лет с носовым кровотечением. Алгоритм действия
8. Оказать неотложную помощь ребенку 10 лет при гипергликемической коме. Алгоритм действия
9. Оказать неотложную помощь ребенку 12 лет с кровотечением из лунки зуба. Алгоритм действия
10. Оказать неотложную помощь ребенку 7 лет при обмороке. Алгоритм действия
11. Оказать неотложную помощь ребенку 6 лет при бронхообструктивном синдроме. Алгоритм действия
12. Оказать неотложную помощь ребенку 12 лет при коллапсе. Алгоритм действия
13. Оказать неотложную помощь ребенку 6 лет при анафилактическом шоке. Алгоритм действия
14. Оказать неотложную помощь ребенку 4 лет при гипертермии. Алгоритм действия

**Клинические задачи**

**1.** Ребенок 6 лет. Болен с 1 года, когда впервые после ушиба появилась обширная гематома в области лба, несколько позже наблюдалось длительное кровотечение из ушибленной верхней губы. Поступил в клинику с жалобами на увеличение правого голеностопного сустава, сильные боли при движении. В анамнезе отмечаются кровотечения у дяди со стороны матери. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, мальчик пониженного питания, «миниатюрного» телосложения. На нижних конечностях синяки с глубокими инфильтратами, правый голеностопный сустав увеличен в объеме, кожа над ним синюшная, ограничена подвижность в нем (мальчик не может ходить). В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, нежный систолический шум на верхушке. Живот мягкий, пальпируется край печени. Стул и мочеиспускание в норме. Общий анализ крови: эр.-3,00х1012 в 1 мкл., Нв- 86 г/л, лейкоциты- 8,2 х 109/л, тромбоциты- 250х109/л, время кровотечения- 2 мин.30 сек. Свертываемость крови- начало 10 мин.20 сек.;конец 22 мин.15 сек.

ЗАДАНИЕ 1.Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические синдромы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**2.** Ребенок 3 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические носовые кровотечения, появление синяков на коже туловища и конечностей. Из анамнеза известно, что мальчик месяц назад переболел гриппом, после чего стали появляться носовые кровотечения почти ежедневно. В последние дни носовые кровотечения стали обильными, продолжительными. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, плаксивый. Кожные покровы бледные, отмечаются множественные экхимозы на туловище и нижних конечностях, разные по величине и окраске. Экхимозы поверхностные, при их пальпации уплотнений не отмечается. Имеет место умеренное увеличение шейных лимфоузлов. Тоны сердца приглушены, выслушивается нежный систолический шум в V точке функционального характера. В легких при аускультации- везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. Ан.крови: эритроциты- 3 млн., Нв- 90 г/л, ц.п.-0,8, тромбоциты- 80 тыс., лейкоциты – 4,8х109/л, п 3%, с-52%, л-32%, э-6%, м- 7%, СОЭ- 3 мм/час. Анализ мочи без патологии

ЗАДАНИЕ: 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**3.** Света Д., 12 лет. Поступила в клинику по поводу болей в эпигастрии, связанных с приемом пищи, периодически наблюдается изжога. Больна в течение 6 месяцев. Питание регулярное. Любит острую пищу. Отец девочки страдает язвенной болезнью желудка. Объективно: питание удовлетворительное. Вес 25 кг, рост 121 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Язык влажный. Кариес. Живот правильной формы. Умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии, мышечное напряжение отсутствует. Печень не пальпируется. «Пузырные» симптомы отрицательные. Стул неустойчивый. ОАК-Нв- 110- г/л, эр.- 3,5 млн, L –7,2 г/л, э-2, п-1, с- 50, л-37, СОЭ- 6 мм/час. Копрограмма: детрит – значительное кол-во, непереваренная растит.клетчатка - большое кол-во, мышечн. волокна – ед. ЭГДС – слизистая оболочка желудка гиперемирована, местами- участки эрозий. Слизистая 12 п.к. гиперемирована

ЗАДАНИЕ 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**4.**Игорь П., 13 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, головную боль, незначительную отечность век, изменение цвета мочи. Неделю назад перенес скарлатину. Лечился в стационаре. Для обследования и лечения поступил в нефрологическое отделение ОДКБ. Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы бледные, «тени» под глазами, отмечается отечность век, t –36,6 0 С. В зеве - гипертрофированные, рыхлые миндалины. Имеются кариозные зубы. ЧД-18 в мин. АД 135/95 мм рт.ст. Живот мягкий, не увеличен в объеме. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, регулярное. Диурез 300 мл. (выпито-1500,0). Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. При обследовании: ОАК- эр.-3,6х1012 г/л, Нв – 100 г/л, ЦП-0,9. лейк.-9,2х109 г/л, э-3%, п-3%, с-57%, л-26%, м-7%. СОЭ- 24 мм. в час. БАК – общий белок –67г/л, альб-60%, глобулины: α-12%, β-8%, γ-20%, холестерин –5,4 ммоль/л, мочевина –9,6 ммоль/л, β-ЛП-4,8 ммоль/л, ДФА –0,27, СРБ + +, креатинин –120 мкмоль/л. ОАМ – 50 мл. цвет-«мясных помоев», 1021, рН-5, белок –1,066‰, эр.- неизмененные 10-15 в п/з, измененные - сплошь. Кф-84 мл. в мин. Кр – 98%.

ЗАДАНИЕ 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**5.**Девочка 10 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, головную боль, боли в животе. Из анамнеза: 2 года назад лечилась по поводу ИМС (инфекция мочевой системы). Последнее ухудшение связано с респираторной инфекцией. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени под глазами. Температура тела 37,60. ЧСС- 84 в мин. ЧДД- 18 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. Живот мягкий, не увеличен в объеме. Печень у края реберной дуги. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. АД 110/70мм рт.ст. При обследовании: ОАК-Нв- 120г/л, эр.-4,6 млн., цп- 0,9, лейк.-9,2х109 г/л, СОЭ- 14 мм/час. Биохимический ан.крови: об.белок- 67 г/л, альб. –60%, L г/л –12%, В—8%, - 20%, мочевина 6,5 ммоль/л, ОАМ- 50 мл, уд.вес- 1012, белок- отр., эритроциты- отр., лейкоциты – до 50 в п/зр. КФ – 120 мл/мин, кан. реабсорбция- 88%.

Задание 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**6.** Ребенок 12 лет, поступил в больницу с жалобами на мелкоточечную сыпь на нижних конечностях, боли в суставах, общую слабость. Больна в течение недели, заболевание началось с катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, затем появились боли в коленных и голеностопных суставах, а через день на нижних конечностях мать заметила мелкие высыпания. Обратилась к участковому врачу, который направил ребенка в стационар. Из анамнеза известно, что девочка родилась доношенной, с весом 3200г. Росла и развивалась соответственно возрасту. До года отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза. Часто болела простудными заболеваниями. При поступлении: состояние средней тяжести, вялая. При объективном обследовании отмечались бледность кожных покровов, наличие геморрагических высыпаний на коже голеней и вокруг крупных суставов, расположенных симметрично. Суставы по внешнему виды не изменены, объем движений в них не ограничен. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в мин. В легких – везикулярное дыхание, живот мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ЗАДАНИЕ 1.Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**7.** Ребенок 13 лет, предъявляет жалобы на боли в сердце, повышение температуры до 38°-39°, слабость, утомляемость. Из анамнеза: заболел через две недели после перенесенной скарлатины появились слабость, бледность кожи, боли в суставах. При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое. Периорбитальные тени. Тоны сердца ритмичные. Верхушечный толчок ослаблен. Границы сердца смещены влево. Систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, не проводится за пределы сердца. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный. Печень не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. Проведено обследование: ОАК-Нв- 123 г/л, эр..- 4,5 г/л, лейк.-17 х1012л, СОЭ- 25 мм/час. ОАМ, копрограмма – без патологии. БАК: об.белок- 72 г/л, фракции –альфа- 12%, β - 10%, гамма- 23%, ДФА- 0,43, СРБ- +++, ревматоидный фактор- ++. ЭКГ- симптомы перегрузки левого предсердия. ФКГ- понижение амплитуды I тона, систолический шум средней амплитуды, занимает 2/3 систолы. ЭХО-КС – утолщение стенок левых отделов сердца.

ЗАДАНИЕ 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**8.** Ребенок 8 лет, поступил в клинику с жалобами на массивные отеки, слабость, недомогание, плохой аппетит. Из анамнеза известно, что ребенок страдает атопическим дерматитом, пищевой и лекарственной аллергией, 3-4 раза в год отмечаются обострения хронического риносинусита. Находится на диспансерное наблюдении у нефролога. Данное обострение третье за 2 года наблюдения. Обострение началось неделю назад, когда у ребенка появились отеки на лице, конечностях, которые быстро распространились по всему телу. Объективно: общее состояние тяжелое. Вялый, капризный, кожные покровы резко бледные, слизистые бледно-розовые. Отмечаются массивные отеки лица, туловища, конечностей, мошонки, передней брюшной стенки. Живот увеличен в объеме, определяется свободная жидкость в брюшной полости. АД 120/70. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Тахикардия до 115'. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень 1 см из-под реберного края, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое, малым объемом. Количество выпитой жидкости 700,0; количество выделенной жидкости 300,0. Очаговых и менингиальных симптомов нет. ОА крови: Нв 120 г/л, эр.- 3,5; э-5, п-5, С-61, Л-23, м- 5, СОЭ- 40 мм/час. ОА мочи: белок 3,8г/л, лейкоциты –2-3 в п/зр., э- 3-4 в п/зр., цилиндры гиалиновые 3-4 в п/зр. УЗИ почек: почки отечны, увеличены в объеме, отмечается стертость коркового и мозгового слоя. БА крови: общий белок 40г/л, альбумины- 24%, альфа-глобулины 14%, гамма-глобулины -24%, кета-глобулины-10%, СРБ+++, холестерин-9,2 ммоль/л, В-липопротеиды-9,9 ммоль/л, мочевина- 64 ммоль/л, креатинин- 0,59 ммоль/л, АлАТ- 0,4 ммоль/л, АсАТ- 0,3 ммоль/л, общий билирубин- 17 ммоль/л. Выпито 600,0 мл. Суточный белок- 5,2г/л.

ЗАДАНИЕ 1 Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**9.** Марина Л., 6 лет, поступила в детское отделение областной больницы с жалобами на распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, головную боль, тошноту, снижение аппетита, уменьшение количества мочи. Из анамнеза известно, что больна в течение 3г.5 мес. Лечилась по поводу данного заболевания по месту жительства в течение 10 месяцев, затем выписана с улучшением домой. Дома самочувствие было удовлетворительным, но по утрам отмечалась пастозность век, периодически болела голова. После острого респираторного заболевания усилились отеки, тошнота, головная боль, стала мало мочиться. При поступлении состояние тяжелое, отеки лица, нижних конечностей, определяется свободная жидкость в животе. При осмотре: расширены границы сердца, артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. В анализе мочи обнаружена протеинурия- 3,65г/л, лейкоциты 3-4 в п.зр., эритроциты выщелочные и свежие 0-3 в п.зр., цилиндры гиалиновые, зернистые до 5-6 в п.зр. Общий анализ крови: эр. - 3,1х106 в 1 мкл. Нв- 110 г/л цветной показатель – 0,87, лейкоциты- 10,8х109 в 1 мкл, СОЭ – 60 мм/ч. Белок в суточной моче 4,5 г/л.

ЗАДАНИЕ 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**10.** Ирина 7,5 лет поступила в клинику по поводу болей в эпигастрии, не связанных с приемом пищи, периодически наблюдается рвота в утренние часы. Больна в течение 6 месяцев. Боли возникли в начале учебного года. Питание регулярное, любит острую пищу. Отец девочки страдает язвенной болезнью желудка. Объективно: Питание удовлетворительное.вес 24 кг, рост 120 см, кожные покровы чистые, избыточной окраски. Язык влажный, зубы здоровые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие. Пульс 96 в 1 мин. Живот правильной формы. Умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии, мышечное напряжение и локальные болевые точки отсутствуют. Печень не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Аппетит удовлетворительный. Стул неустойчивый. Общий анализ крови: НВ 120 г/л, эр.- 4,0 г/л, лейкоциты 7,2 г/л, э- 2, п- 1, с/я – 50, л –37, м –10, СОЭ- 13 мм/час. рН-метрия: гиперацидное состояние тела желудка с компенсированным ощелачиванием в антральном отделе. При анализе дуоденального содержания изменений не выявлено. Анализ мочи – в норме. В копрограмме-раст. кл. большое кол-во, н.жир- - незнач. к-во. ЭГДС- участки гиперемии слизистой желудка в антральном отделе. Н pylory ∆ 33

Задание 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**11.** Мальчик 8 лет жалуется на периодические, непродолжительные, приступообразные боли преимущественно в правом подреберье, реже в околопупочной области. Неуравновешен, вспыльчивый. Аппетит снижен. Год назад лечился по поводу лямблиоза кишечника. При объективном обследовании: питание удовлетворительное. Язык обложен. Бледен. Кариозные зубы. Живот правильной формы, умеренно болезненный в точке желчного пузыря (положительные симптомы Кера, Мерфи). Печень не пальпируется. Стул неустойчивый, с наклонностью к поносам. Дуоденальное зондирование: лейкоциты до 20 в п/зр., соли билирубината кальция – в порции В. Посев желчи на флору – E.coli. Биохимич. анализ крови: холестерин 3,7 ммоль/л, в-липопротеиды – 6,0 ммоль/л, сахар крови- 5,0 ммоль, общий билирубин сыворотки крови – 14 ммоль/л, общий белок- 70 г/л, альбумины- 60%, а-глобулины- 14%, г-глобулины – 16%. УЗИ желчного пузыря – увеличен в размере, правильной грушевидной формы, стенки 8 мм. Vс= 84%.

Задание 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**12.** Ребенок 3 мес. со слов мамы поступил в стационар с жалобами на беспокойство, потливость. Из анамнеза: ребенок от II беременности, беременность протекала с гестозом I и II половины. Роды срочные, стремительные. Масса при рождении 2700г, длина –48 см. К груди приложена на первые сутки, выписана на 5-е сутки. Ребенок находится на естественном вскармливании, соки и витамин Д не получает. На прогулки не выходили. Прибавка в массе за 1-ый мес. - 700г, за 2-й- 800г., за 3-ий – 700г. В возрасте 14 дней ребенок перенес пиодермию. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Беспокойна, потлива. Бледность кожных покровов. Отмечается размягчение краев большого родничка, краев сагитального шва. Тоны сердца ритмичные, учащены. В легких перкуторно легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается выраженная мышечная гипотония нижних конечностей. Стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови: Нв- 140 г/л, эр. 4,7 х1012/л, ЦП- 0,9, лейк. - 8,2 х1012/л, п-1, С-29, л-66, м-4, СОЭ- 4 мм/час. Биохимические показатели: кальций- 1,2 ммоль/л, фосфор- 0,9 ммоль/л, щелочная фосфатаза- 400 ед. На рентгенограмме лучезапястных суставов отмечаются неровные, «размытые» метафизы, участки остеопороза. Копрограмма, ОАМ – в норме.

Задание 1. Оцените состояние ребенка, выделите систему поражения.

2.Перечислите основные клинические симптомы.

3.Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования

**Тестовые задания**

1. ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А) гингиво-стоматита Венсана

Б) синдрома Бехчета

В) алиментарной анемии

Г) железодефицитной анемии

2. НА ПЕРВОМ МЕСТЕ ПО ЧАСТОТЕ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ УДЕТЕЙ 6 ЛЕТ СТОЯТ

А) молочные моляры

Б) молочные резцы

В) молочные клыки

Г) постоянные клыки

3. ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) вирусная

Б) инфекционная

В) грибковая

Г) аллергическая

4. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ИСИСТЕМ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ

А) хроническом рецидивирующем афтозномстоматите (ХРАС)

Б) травматических эрозиях

В) складчатом языке

Г) афте Беднара

5. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКАОТНОСЯТ

А) неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка

Б) нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличенные в размере

В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

Г) эрозию округлой формы на спинке языка, покрытую фибринозным налётом

6. ДЛЯ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЁНКА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЗАБОЛЕВАНИЕ

А) молочница

Б) хронический гингивит

В) хейлит

Г) медикаментозный стоматит

7. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГОСТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРНЫ

А) единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринознымналётом

Б) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ

В) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта

Г) разлитая эритема, уртикарная сыпь

8. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПОЛОЖИТЕЛЕН ПРИ

А) пузырчатке

Б) сифилисе

В) многоформной эритеме

Г) пиодермии

9. ЭКССУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ

А) атопическом (экзематозном) хейлите

Б) афтахБеднара

В) инфекционном хейлите

Г) сифилисе

10. ЗАТРУДНЁННОЕ, УЧАЩЁННОЕ ДЫХАНИЕ С ЭКСПИРАТОРНОЙОДЫШКОЙ У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) Бронхиальной астмы

Б) сердечно-сосудистого коллапса

В) обморока

Г) болевого шока

11. РЕДКИЙ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬС У РЕБЁНКАХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А) обморока

Б) сердечно-сосудистого коллапса

В) анафилактического шока

Г) болевого шока

12. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МОЛОЧНИЦЫ ОТНОСЯТ

А) творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

Б) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

В) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

Г) эрозии неправильных очертаний

13. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРИ

А) язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии

Б) кандидозе

В) хроническом рецидивирующем афтозномстоматите (ХРАС)

Г) остром герпетическом стоматите (ОГС)

14. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ

А) грибы Сandida

Б) эпидермофиты

В) актиномицеты

Г) трихофиты

15. ОБРАЗОВАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ЛИЦА ХАРАКТЕРНОПРИ

А) остром герпетическом стоматите (ОГС)

Б) многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ)

В) хроническом рецидивирующем афтозномстоматите (ХРАС)

Г) лейкоплакии

16. СВЕДЕНИЯ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫЯСНЯЮТСЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА

А) ясельного

Б) любого

В) дошкольного

Г) подросткового

17. К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РАЗВИТИЕ СИСТЕМНОЙГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

А) болезни ребёнка после рождения, нарушение режима питания ребёнка

Б) болезни матери во II половине беременности

В) множественные поражения молочных зубов осложнённым кариесом

Г) болезни матери в I половине беременности

18. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫМЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

А) афты Беднара

Б) хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

В) многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)

Г) хейлит

19. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

А) хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

Б) острый герпетический стоматит (ОГС)

В) кожный рог

Г) кандидоз

20. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У

РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ)

Б) заболевание центральной нервной системы (ЦНС)

В) эпилепсия в анамнезе

Г) лекарственная аллергия на местные анестетики

21. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ДОЛЖНОПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

А) 8

Б) 4

В) 6

Г) 10

22. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПОДОШВ И ЛАДОНЕЙ В СОЧЕТАНИИ СТЯЖЁЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ИМЕЮТСЯ ПРИ

А) синдромеПапийона - Лефевра

Б) болезни Иценко - Кушинга

В) гипофизарном нанизме

Г) циклической нейтропении

23. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМПРЕПАРАТАМ (НПВС), ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНГИБИРУЮЩИМ ЦОГ-2,ОТНОСЯТ

А) Мовалис

Б) Кетонал

В) Ибупрофен

Г) Напроксен

24. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВА ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА БЫТЬНАКЛОНЕНА

А) вперёд

Б) назад

В) влево

Г) вправо

25. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО

ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А) 2,5-2,8

Б) 1,2-2,0

В) 2,8-3,2

Г) 2,0-2,2

26. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ

ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) Кальция глюконата

Б) Неостигминаметилсульфата

В) Лидокаина

Г) Метамизола натрия

27. ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЕ РАХИТ 1 И 2

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) II

Б) I

В) III

Г) IV

28.ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) более 30

Б) 20-30

В) 10-15

Г) 15-20

29. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ

ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 10-20

Б) 5-10

В) 20-30

Г) 30-40

30. ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ У ДЕТЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ТОЛЬКО НА

А) лице

Б) туловище

В) животе

Г) верхних конечностях

31. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙСИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА

А) Шалкова

Б) Мак-Клюра

В) молоточковая

Г) щипковая

32.К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

А) железосвязывающей способности сыворотки крови

Б) уровня сывороточного железа

В) коэффициента насыщения трансферрина

Г) уровня ферритина в крови

33. КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ (Г/Л)

А) 110

Б) 100

В) 120

Г) 90

34. ДЛЯ АНЕМИИ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕГЕМОГЛОБИНА ДО (Г/Л)

А) 90-100

Б) 110-120

В) 70-80

Г) 50-60

35. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) тахипноэ при физической нагрузке

Б) тахикардией в покое

В) цианозом в покое

Г) увеличением печени

36. КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

А) ЭКГ, ретгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови

Б) ЭКГ, рентгенография, КТ

В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови

Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

37. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКАЯВЛЯЕТСЯ

А) снижение сократимости сердца

Б) неадекватное распределение внутрисосудистого объема

В) недостаточный объем крови

Г) препятствие кровотоку

38. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

А) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

Б) жизненная емкость легких

В) остаточный объем легких

Г) общая емкость выдоха

39. ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) бронхиальная астма

Б) эозинофильная пневмония

В) фиброзирующийальвеолит

Г) экзогенный аллергический альвеолит

40. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ

ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ателектаз

Б) пиоторакс

В) абсцесс

Г) напряжѐнный пневмоторакс

41. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) степень дыхательной недостаточности

Б) температуру

В) кашель

Г) локализованные хрипы

42. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ,

ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» У

РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) рентгенограмма грудной клетки

Б) бронхоскопия

В) биохимический анализ крови

Г) общий анализ крови

43. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) бронхиальная обструкция

Б) ларингит

В) фарингит

Г) трахеит

44. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ

ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ателектаз

Б) пиоторакс

В) абсцесс

Г) напряжѐнный пневмоторакс

45. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ИБУПРОФЕН ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ (МГ/КГ)

А) 5-10

Б) 1-2

В) 3-4

Г) 12-15

46. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ (МГ/КГ)

А) 10-15

Б) 5

В) 8

Г) 20

47. HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К

А) грамотрицательным бактериям

Б) вирусам

В) грамположительным бактериям

Г) простейшим

48. HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТВ

А) антральномотделе желудка

Б) теле желудка

В) луковице двенадцатиперстной кишки

Г) в области дна желудка

49. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А) клиренс эндогенногокреатинина (СКФ)

Б) осмолярность мочи

В) относительная плотность мочи

Г) уровень общего белка крови

50. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) лейкоцитурией с бактериурией

Б) гематурией

В) протеинурией

Г) кристаллурией

51. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

А) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции

Б) на высоте респираторного заболевания

В) через месяц после перенесенного респираторного заболевания

Г) без связи с перенесенными заболеваниями

52. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) иммунокомплексное

Б) абактериальное токсико-аллергическое

В) аутоиммунное

Г) бактериальное

53. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А) спазмолитиков

Б) антибиотиков

В) анальгетиков

Г) мочегонных препаратов

54. РЕЖИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ

А) постельным

Б) общим

В) палатным

Г) полупостельным

55. ПРОВЕДЕНИЕ ЦИСТОСКОПИИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОМ

ПОРЯДКЕ ПОКАЗАНО ПРИ

А) макрогематурии

Б) острой задержке мочи

В) почечной колике

Г) анурии

56. К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

А) Гепарин

Б) Дипиридамол

В) Пентоксифиллин

Г) Фениндион

57. ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ \_\_\_\_\_\_ АНЕМИЮ

А) нормохромную, гиперрегенераторную

Б) гиперхромную, гиперрегенераторную

В) гипохромную, регенераторную

Г) гиперхромную, регенераторную

58. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ

А) нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию

Б) гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гипокоагуляцию

В) нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза

Г) нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию

59. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) острый лейкоз

Б) апластическая анемия

В) инфекционный мононуклеоз

Г) тромбоцитопеническая пурпура

60. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)

А) 5

Б) 2

В) 12

Г) 15

61. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ

ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А) времени свертываемости

Б) времени кровотечения

В) плазминогена

Г) количества D-димеров

62. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ГЕМОФИЛИЯ», В

ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ \_\_\_ ФАКТОРОВ

СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

А) VIII или IХ

Б) I или II

В) III или IV

Г) V или VI

63. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1

ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В

ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

А) гипогликемия

Б) гипергликемия

В) черепно-мозговая травма

Г) нарушение ритма сердца

64. ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

А) равен 25-30

Б) меньше 18,5

В) равен 18,5-25

Г) больше 30

65. ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС

СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

А) 18,5-25

Б) меньше 18,5

В) 25-30

Г) больше 30

66. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ

А) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью

фермента 21-гидроксилазы

Б) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу

В) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы

перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов

Г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

67. ПРОРЕЗЫВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К:

А) 1 году

Б) 2 годам

В) 2,5 годам

Г) 3 годам

69. С КАКОГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ УЧИТЬ РЕБЕНКА ЧИСТИТЬ ЗУБЫ?

А) с 2 лет

Б) с 3 лет

В) с 4 лет

Г) с 5 лет

1. ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ВНАЧАЛЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ:

А) верхние центральные резцы

Б) верхние боковые резцы

В) клыки

Г) нижние первые моляры

1. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

А) гемолиз эритроцитов у новорожденного

Б) недостаточное поступление железа с пищей

В) солнечная инсоляция

Г) использование в прикорме продуктов, бедных железом

1. ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

А) мягкую

Б) очень мягкую

В) средней жёсткости

Г) жёсткую

1. ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

А) очень мягкую

Б) мягкую

В) средней жёсткости

Г) жёсткую

1. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ЗУБОВ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) мягкую резиновую щётку-напальчник

Б) ватный тампон

В) детскую зубную щётку

Г) детскую зубную щётку и гелевую зубную пасту

1. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ 7.1, 8.1 ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

А) 6

Б) 3

В) 10

Г) 12

1. ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)

А) 3-15

Б) 4-10

В) 6-12

Г) 12-18

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕТЬМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) высокое содержание фторида в питьевой воде

Б) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

В) наличие у пациента большого количества пломб

Г) системная гипоплазия эмали

82. ДЕТЯМ 2-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) детские зубные пасты на гелевой основе

Б) зубные пасты с высоким содержанием фторида

В) зубной порошок

Г) гигиенические зубные пасты на меловой основе

83 К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ РЕБЁНКА ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ

А) дистальное

Б) нейтральное

В) мезиальное

Г) латеральное

84. КАКИЕ ФАКТОРЫ ЖЕНСКОГО МОЛОКА СПОСОБСТВУЮТ СНИЖЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ?

А) казеин

Б) гормоны

В) иммуноглобулины

Г) железо

85. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?

А) внутричерепная родовая травма

Б) асфиксия

В) пренатальное поражение ЦНС

Г) обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)

86. ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

А) укорочение перкуторного звука на стороне поражения

Б) ослабленное дыхание на стороне поражения

В) совпадение локализации хрипов с местом укорочения перкуторного звука

Г) наличие рассеянных хрипов с обеих сторон

87. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ?

А) снижение общего и местного иммунитета

Б) нарушение уродинамики

В) нерациональное питание

Г) наличие хронических очагов инфекции

88. ОТЕКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

А) чаще локализуются на ногах

Б) чаще локализуются на лице, стойкие

В) отличаются быстрой динамикой

Г) больше выражены днем

89. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА МОГУТ БЫТЬ

А) стрептококк

Б) вирусы

В) белковые антигены (профилактические прививки)

Г) все перечисленное

90. ОСНОВНОЙ СУБСТРАТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

А) сосудистый клубочек

Б) канальцы

В) почечные лоханки

Г) межуточная ткань

91. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

А) в эпигастральной области

Б) в левой подвздошной области

В) в проекции желчного пузыря

Г) в области пупка

92. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ:

А) гематомы

Б) кровотечения при травме мягких тканей

В) гемартрозы

Г) геморрагическая петехиальная сыпь

93. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ТРОМБОЦИТОПАТИИ И СПЛЕНОМЕГАЛИИ?

А) стернальную пункцию

Б) коагулограмму

В) определить продолжительность кровотечения

Г) посев крови на стерильность

94. УКАЖИТЕ, ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ СИСТЕМНОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА:

А) кожный

Б) поражение сердечно-сосудистой системы

В) абдоминальный

Г) кожно-суставной

95. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН ПАТОГЕНЕЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТЕ?

А) тромбоцитопенией

Б) снижением прокоагулянтной активности факторов свертывания

В) изменением целостности сосудистой стенки

Г) снижением активности 6-глюкозофосфатэстеразы

96. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗМЕНЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ

А) A

Б) G

В) M

Г) E

97. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ?

А)ретинопатия, нефропатия, нейропатия

Б) плеврит, ретинопатия, нефропатия

В) артрит, нефропатия, нейропатия

Г) ретинопатия, плеврит, артрит

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской педиатрии

Направление подготовки (специальность)- 31.05.03 Стоматология

Дисциплина - педиатрия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Обоснование диагноза курируемого пациента
2. Клиничеcкая задача №1
3. Неотложная помощь в педиатрии.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(А. А. Вялкова)

Декан стоматологического факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **ОПК-5.** Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач  **Инд.ОПК5.1.** Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний | **Знать-** особенности жалоб, анамнеза, клинические проявления, данных результатов лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Тестовые задания №№ 1-94  Вопросы: №№ 1-14 |
| **Уметь**-собрать и провести анализ жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов клинического обследования, лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Клинические задачи №№ 1-12 Вопросы: №№ 1-14 |
| **Владеть**- навыками получения исчерпывающей информации от пациента, анализа жалоб, данных его анамнеза | Клинические задачи № 1-12 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся**

**в рамках изучения дисциплины «Педиатрия»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с Положением П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рз) по формуле:

Рд = Ртс + Рз

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

При наличии бонусных баллов у обучающегося дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) увеличивается на величину этих баллов.

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле:

Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф),

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек (входной/выходной контроль, доклад /с презентацией; выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии. входной/выходной контроль, выполнение практических заданий – являются обязательными контрольными точками, если это предусмотрено структурой занятия.

Количество баллов складывается как среднеарифметическое всех контрольных точек – входной контроль, устный ответ, выполнение практического задания. Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии.

Внеаудиторная самостоятельная работа по дисциплине предусматривает 1 обязательную контрольную точку (написание реферата).

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

4.2 Правила начисления бонусных баллов.

Формирование бонусных баллов по дисциплине определено п.8 и п.9 Положения П004.03-2020.

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 2 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- имеются единичные пропуски лекций при условии посещения всех практических занятий – 1 балл;

- наличие пропусков практических занятий – 0 баллов.