



Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Поликлиническая и неотложная педиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Образовательная программа	Врач-педиатр
Квалификация	Очная

Разработчик (и) кафедры факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	д-р мед. наук, доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
Е.В. Стежкина	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Дмитриев	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой детских болезней и госпитальной педиатрии
Соловьев А.Е	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой детской хирургии

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26. 06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27. 06.2023г.

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

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

**1. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ
ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

- А) беременным женщинам и детям раннего возраста
- Б) только беременным женщинам
- В) семье, имеющей детей среднего возраста
- Г) семье, имеющей детей раннего возраста

Правильный ответ - Г

**2. ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У**

- А) представителя страховой компании
- Б) врачей детских поликлиник
- В) статистика лечебно-профилактического учреждения
- Г) врача-логопеда

Правильный ответ – Б

**3. ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) мясное пюре
- Б) творог
- В) овощное пюре
- Г) инстантная каша

Правильный ответ - Г

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Функциональные нарушения пищеварения у детей грудного возраста: младенческая кишечная колика. Причины, клиника, диагностика, рекомендации по диетической коррекции при грудном и искусственном вскармливании, медикаментозная терапия.
2. Диспансерное наблюдение ребенка здорового ребенка на первом году жизни. Кратность наблюдения, рекомендации по питанию кормящей матери.
3. Диспансеризация и реабилитация детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями на амбулаторном этапе.
4. Показания и противопоказания к санаторно – курортному лечению детей с патологией желудочно – кишечного тракта. Правила оформления санаторно – курортной карты

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

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

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача №1

На прием к педиатру обратилась мать с ребенком 9 месяцев с жалобами на то, что ребенок не говорит слов, не ползает, не стоит в кроватке, не ходит в ходунках.

Ребенок от 3 беременности (предыдущие беременности – выкидыши на ранних сроках), протекавшей на фоне токсикоза 1 и 2 половины, преждевременной отслойкой плаценты и экстренного кесарева сечения в нижнем сегменте в 30 недель беременности. Ребенок на искусственном вскармливании. Получает адаптированную смесь. Привит по возрасту.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, ребенок активен, на осмотр реагирует плачем. Произносит отдельные звуки, улыбается, узнает мать. Кожные покровы чистые, на щеках единичные элементы сыпи мелкопятнистые на неизменном фоне. Большой родничок 1,0x1,0 см, на уровне костей черепа, не напряжен. Отделяемого из глаз нет. Носовое дыхание свободное, видимые слизистые чистые, розовые. Над легкими легочной звук, дыхание пуэрильное, проводится в все отделы, хрипов нет, ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца громкие, звучные ритмичные, ЧСС – 124 в минуту. Живот округлой формы, доступен глубокой пальпации, печень +0,5 см ниже края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги. Физиологические оправления без особенностей.

Вопросы:

1. Определите группу здоровья и группу риска ребенка.
2. Оцените уровень развития ребенка, соответствует ли возрасту?
3. Определите дальнейшую тактику ведения такого ребенка на педиатрическом участке.

Ситуационная задача №2

Ребенок 2,5 лет заболел остро утром с подъема температуры до 39,9°C, нарушения общего состояния. Пожаловался на выраженную боль в горле. Мать дала ребенку нурофен и провела ингаляцию беродуалом, однако температура тела в течение последующих двух часов снизилась лишь на 0,5°C, состояние ребенка ухудшилось. Появилась одышка с затруднением вдоха, усилилась боль в горле, ребенок с трудом пил воду, предпочитал

сидеть, лежа одышка усиливалась. Мать обратилась в скорую помощь. До приезда врача мать еще раз дала нурофен.

При осмотре врачом состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,8°C. Ребенок на руках у матери, дышит тяжело, затруднен вдох, из угла рта вытекает слюна, рот открыт. Бледен. Плачет тихо, голос сдавленный, кашель редкий, сухой, болезненный. Кожный покров чистый, при попытке осмотра зева выраженное беспокойство и усиление одышки. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. При попытке уложить ребенка для осмотра живота одышка усилилась. ЧД 40 в минуту, ЧСС 130 в минуту. При проведении пульсоксиметрии SaO₂ – 93%.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощен. Привит ребенок по возрасту. Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Определите показания для госпитализации и обоснуйте их.
4. Какую неотложную помощь нужно оказать ребенку?

Ситуационная задача №3

Девочка 13 лет на приеме у врача-педиатра с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Привита по национальному календарю.

Мать: 38 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Девочка помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается бальными танцами. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания.

Первые симптомы (отрыжка воздухом или кислым, изжога) появились 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает след мокрых пятен.

При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируются. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятны диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии
4. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

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

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

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов/презентаций

1. Прогностическая роль витамина Д в развитии здорового ребенка. Первые 1000 дней жизни
2. Задачи кабинета здорового ребенка. Гимнастика и массаж в возрастном аспекте на 1м году жизни
3. «Лица» и «маски» пищевой аллергии у детей в разные периоды жизни. Диагностика пищевой аллергии у детей

Для оценки рефератов:

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

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

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

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

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является

научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 11 семестре-зачет с оценкой, в 12 семестре - зачет с оценкой.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет – результат промежуточной аттестации за 11 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины *«Поликлиническая и неотложная педиатрия»*, оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания зачета с оценкой

Зачет с оценкой проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут(И). Билет состоит из 5вопросов (теоретических и практических)(II).

Критерии выставления оценок(III):

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

– Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

«Поликлиническая и неотложная педиатрия»

ОПК-2

Способность проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

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

Вопросы для индивидуального собеседования:

1. Цели и задачи дородового патронажа. Сбор и оценка биологического, генеалогического и социального анамнеза. Неонатальный скрининг
2. Группы здоровья и группы направленного риска новорожденных
3. Диспансерное наблюдение здоровых детей грудного и раннего возраста на педиатрическом участке. Сроки этапных эпикризов
4. Оценка физического и психомоторного развития здорового ребенка грудного возраста
5. Цели и задачи первичного патронажа к новорожденному. Организация рационального питания кормящих матерей
6. Особенности наблюдения на педиатрическом участке недоношенных детей
7. Организация грудного вскармливания здоровых детей первого года жизни на педиатрическом участке. Правила введения прикорма.
8. Правила искусственного вскармливания здорового ребенка. Классификация заменителей грудного молока
9. Организация вскармливания недоношенных детей на педиатрическом участке. Особенности заменителей грудного молока для недоношенных
10. Организация работы кабинета здорового ребенка. Обучение родителей правилам закаливания, массажа и гимнастики детей раннего возраста
11. Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке детей с затянувшейся физиологической желтухой
12. Белково-энергетическая недостаточность I степени. Диагностика, терапия, профилактика, диспансерное наблюдение
13. Белково-энергетическая недостаточность II степени. Диагностика, терапия, профилактика, диспансерное наблюдение
14. Функциональные нарушения ЖКТ: синдром срыгивания. Неспецифические средства и медикаментозная терапия, диспансерное наблюдение, профилактика
15. Функциональные нарушения ЖКТ: младенческие кишечные колики. Неспецифические средства и медикаментозная терапия, профилактика.
16. Функциональные нарушения ЖКТ: функциональный запор. Неспецифические средства и медикаментозная терапия
17. Дефицит витамина Д. Клинические проявления рахита, диагностика, лечение, ante- и постнатальная профилактика. Диспансерное наблюдение, профилактика.
18. Анемия у детей раннего возраста. Причины, диагностика, лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение, профилактика.
19. Диспансерное наблюдение здоровых детей от 3 до 18 лет на педиатрическом участке
20. Национальный календарь профилактических прививок в РФ.
21. Оценка адаптации детей в организованных коллективах (ДДУ и школе).
22. Работа участкового педиатра по профилактике инфекционных заболеваний у детей.
23. Санитерно – просветительская работа врача педиатра участкового

1. КАКОЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА?

- А) пуэрильное
- Б) жесткое
- В) везикулярное
- Г) бронхиальное

2. ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА:

- А) овощными пюре
- Б) молочными кашами
- В) мясными продуктами
- Г) фруктовыми соками

3. ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 1

4. КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12?

- А) крупяные каши
- Б) овощи и фрукты
- В) чечевица, фасоль, горох
- Г) мясо и молоко

5. СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА

- А) 5 – 8
- Б) 2
- В) 100 – 120
- Г) 20

6. КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ?

- А) гемосидерин
- Б) ферритин
- В) трансферрин
- Г) миоглобин

7. АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ

- А) часа
- Б) года
- В) первого полугодия
- Г) первого месяца

8. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) опухоль головного мозга
- Б) отравление
- В) инфекционное заболевание
- Г) травма головы

9. МАНИФЕСТАЦИЯ ЦЕЛИАКИИ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

- А) фруктовых и овощных пюре и соков
- Б) молока и молочных продуктов
- В) высокобелковых продуктов, содержащих фенилаланин
- Г) глютенсодержащих продуктов

10. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПЕДИАТР РЕКОМЕНДУЕТ РОДИТЕЛЯМ ПРЕКРАТИТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СОСКУ-ПУСТЫШКУ ДЕТЯМ СТАРШЕ

- А) 2 лет
- Б) 6 месяцев
- В) 1 года
- Г) 3 лет

11. РЕБЕНКУ С РАХИТОМ ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- А) гипервитаминоза D
- Б) спазмофилии
- В) гиперкалиемии
- Г) тахифилаксии

12. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) формирование навыков личной гигиены
- Б) правила ухода за ребенком
- В) профилактика аллергических заболеваний
- Г) профилактика нарушений осанки

13. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

- А) динамическое наблюдение за больными детьми
- Б) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей
- В) динамическое наблюдение за здоровыми детьми
- Г) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения

14. ДЛЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА РЕБЁНКА В 1 МЕСЯЦ ХАРАКТЕРНО

- А) удержание в поле зрения неподвижного предмета (лица взрослого) и зрительное сосредоточение в вертикальном положении
- Б) плавное прослеживание движущегося предмета, сосредоточение взгляда на неподвижном предмете (лице взрослого)
- В) длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
- Г) зрительное сосредоточение в вертикальном положении

15. АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА _____ Г/Л

- А) 76
- Б) 106
- В) 96
- Г) 56

16. РЕБЁНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С _____ МЕСЯЦЕВ

- А) 4
- Б) 1,5
- В) 2
- Г) 3

17. ОСОБЕННОСТЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВЫХ 3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипотонус мышц верхних конечностей в сочетании с физиологическим гипертонусом мышц нижних конечностей
- Б) физиологический гипертонус мышц верхних и нижних конечностей
- В) физиологический гипертонус мышц верхних конечностей в сочетании с гипотонусом мышц нижних конечностей
- Г) гипотонус мышц верхних и нижних конечностей

18. РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К

- А) 2 годам
- Б) 8 месяцам
- В) 1 году
- Г) 6 месяцам

19. РЕФЛЕКС ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ СОХРАНЯЕТСЯ В НОРМЕ ДО ___ МЕСЯЦЕВ

- А) 6
- Б) 2
- В) 8
- Г) 10

20. ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ

- А) полиомиелита
- Б) гипотрофии
- В) начального периода рахита
- Г) пиелонефрита

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

Ситуационная задача 1. На профилактическом приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, I, II, III беременности – мед.аборт, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребенок из неполной семьи.

Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,5. С одного месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г, длина - 59 см. Психометрия: Аз - узнает близкого человека (радуется); Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону; Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней; Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору; Ра - гулит; Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз и группу здоровья.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребенку.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.

Ситуационная задача 2. На амбулаторном приеме мальчик 1 год 6 месяцев, рожденный от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины.

Роды срочные, без осложнений. Масса при рождении 3 500 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, привит по календарю. Семья полная. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,6. Мальчик с 6 месяцев жизни

находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии матери. На первом году жизни однократно перенес ОРВИ, в 8 месяцев О. пневмонию.

На момент осмотра соматический статус без патологии. Масса - 10500 г (4), длина – 80 см (4). Сон спокойный. Appetit хороший. Зубов 14 (8 верхних и 6 нижних). Психометрия: С – из предметов разной формы по предлагаемому образцу и слову подбирает предметы такой же формы; О. – движения более координированы – перешагивает через препятствие приставным шагом; И. – умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия (причесывает, умывает); Р. а. – в момент заинтересованности называет предметы; Р. п. – находит по слову среди нескольких сходных предметов по цвету, размеру и пр.; Н – самостоятельно ест густую пищу ложкой, просится на горшок.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования и консультации должен получить?

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

Ситуационная задача 1. На амбулаторном приеме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребенка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю. Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная. Индекс отягощенности наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Нв-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребенок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Appetit хороший. По другим внутренним органам без патологии. Масса - 8700г, длина - 70см. Большой родничок 1,0x0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия: Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч); Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер; Р.п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»); Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Дайте рекомендации по режиму, питанию, профилактике дефицитных состояний.
3. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо ему назначить?

Ситуационная задача 2. На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 4 месяцев. Мать ВИЧ-инфицирована.

Прошла трехкратную антиретровирусную терапию. Ребенок на искусственном вскармливании.

Анамнез жизни: девочка от 1-й доношенной беременности. Вес при рождении 2900гр, длина 49,0см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Головку держит хорошо. Хорошо следит за яркими предметами. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Хейлит. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей сохранен. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребенка. Печень +1,5 см от края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, желтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.

При рождении было проведено серологическое исследование, результат ИФА отрицательный.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения ребенка на педиатрическом участке.
3. Обоснуйте показания и противопоказания к проведению профилактических прививок в рамках национального календаря.

ОПК-8

Проведение и осуществление контроля эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида, оценки способности пациента осуществлять трудовую деятельность

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

Вопрос для индивидуального собеседования:

1. Порядок организации медицинской реабилитации детей. Приказ МЗ РФ от 23 октября 2019 г. N 878н Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей.
2. Диспансеризация детей с бронхиальной астмой. План реабилитационных мероприятий в зависимости от степени тяжести. Оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета.
3. Диспансеризация детей с неактивной фазой острой ревматической лихорадки. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
4. Диспансеризация детей с вегетативной дисфункцией. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
5. Диспансерное наблюдение детей с врожденными пороками сердца. План реабилитационных мероприятий в зависимости от фазы течения. Оценка эффективности диспансеризации

6. Диспансерное детей с коллагенозами. План реабилитационных мероприятий в зависимости от степени тяжести. Оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
7. Диспансеризация детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
8. Диспансерное наблюдение детей с хроническими гастритами и гастродуоденитами. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
9. Диспансерное наблюдение детей с синдромом раздраженного кишечника и хроническим колитом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
10. Диспансерное наблюдение детей с дискинезией желчевыводящих путей и при желчекаменной болезни у детей. План реабилитационных мероприятий в зависимости от типа, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
11. Диспансеризация детей с врожденной и хронической патологией бронхолегочной системы. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
12. Диспансерное наблюдение детей с хроническими гепатитами. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
13. Диспансерное наблюдение детей с острым и хроническим пиелонефритом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
14. Диспансерное наблюдение детей с острым и хроническим гломерулонефритом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
15. Диспансерное наблюдение детей с дисметаболическими нефропатиями и мочекаменной болезнью. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
16. Диспансерное наблюдение детей с онкогематологической патологией. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета.
17. Диспансерное наблюдение детей с тромбоцитопенической пурпурой, тромбоцитопатиями и коагулопатиями. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета.
18. Диспансерное наблюдение детей с геморрагическим васкулитом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
19. Диспансерное наблюдение детей с анемиями различного генеза. План реабилитационных мероприятий в зависимости от степени тяжести, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
20. Диспансерное наблюдение детей с сахарным диабетом I типа. План реабилитационных мероприятий в зависимости от степени тяжести, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
21. Диспансерное наблюдение детей с диффузным нетоксическим зобом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
22. Диспансерное наблюдение детей с ожирением. План реабилитационных мероприятий в зависимости от степени ожирения, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета

23. Диспансерное наблюдение детей с миокардитами. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
24. Диспансерное наблюдение детей с муковисцидозом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
25. Вопросы диспансеризации детей, больных хронической соматической патологией. Порядок взятия на учет, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета. Медицинская документация.
26. Диспансерное наблюдение детей с атопическим дерматитом. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
27. Показания и документация для проведения санаторно-курортного лечения
28. Диспансерное наблюдение детей с нарушениями роста различной этиологии. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
29. Организация работы «дневных» стационаров в условиях поликлиники
30. Диспансерное наблюдение детей перенесших пневмонию. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета
31. Диспансерное наблюдение детей с перинатальным поражением ЦНС. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета. Понятие реабилитационного потенциала
32. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. Диспансерное наблюдение детей с перинатальной патологией ЦНС.
33. Диспансерное наблюдение детей с бронхиальной астмой. Понятие и методы оценки контроля бронхиальной астмы. Валидизированные опросники.
34. Диспансерное наблюдение детей с хронической почечной недостаточностью. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета.
35. Диспансерное наблюдение детей с аллергическими заболеваниями. План реабилитационных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации, правила снятия с учета. Понятие атопического марша, элиминационных мероприятий.

Тесты. «Диспансеризация и реабилитация детей с хронической соматической патологией»

ПРИЗНАКОМ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) потеря зрения
- Б) длительное расстройство здоровья
- В) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности
- Г) кратковременное расстройство здоровья

К КАКОМУ ДЕЙСТВИЮ ИЛИ БЕЗДЕЙСТВИЮ ОТНОСЯТ ОБЫЧНО ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ?

- А) к умышленному преступлению
- Б) к несчастному случаю в медицинской практике
- В) к административному проступку
- Г) к врачебной ошибке

В ОСНОВЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК ЛЕЖАТ

- А) индивидуальная особенность течения болезни, недостаточность опыта врача, отсутствие средств диагностики и лечения
- Б) индивидуальная особенность течения болезни, неоказание помощи больному
- В) неоказание помощи больному, недостаточность опыта врача
- Г) отсутствие средств диагностики и лечения, неоказание помощи больному

БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

- А) 3, 4, 5

Б) 1, 3, 4

В) 2, 3, 5

Г) 2, 3, 4

ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) 5

Б) 4

В) 2

Г) 3

РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

А) эндокринологом

Б) эпидемиологом

В) ортопедом

Г) урологом

ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ (ГОД)

А) 5

Б) 3

В) 10

Г) 1

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ПЕРЕВОДЯТ НА ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ В

А) санаторий

Б) поликлинику

В) диагностический центр

Г) туберкулезный диспансер

ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

А) до передачи во взрослую поликлинику

Б) 10 лет

В) 5 лет

Г) 3 года

ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПЕРИОДЕ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДЯТ

А) ежеквартально

Б) ежегодно

В) ежемесячно

Г) еженедельно

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО

А) отсутствию нарастания относительного количества детей в 3-5 группах здоровья

Б) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья

В) снижению острой заболеваемости

Г) снижению детской смертности

ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛОМ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет

Б) осуществление восстановительного лечения

В) организация диспансерных осмотров детей врачами-специалистами и лабораторно-диагностических исследований

Г) подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- А) в течение трёх лет
- Б) в течение одного года
- В) до перевода во взрослую сеть здравоохранения
- Г) в течение пяти лет

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРОВОДИТСЯ

- А) до перевода ребёнка под наблюдение взрослой поликлиники
- Б) в течение 5 лет
- В) в течение 3 лет

Г) в течение одного года
РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КРОМЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

- А) неврологом
- Б) фтизиатром
- В) инфекционистом
- Г) хирургом

ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ

- А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники
- Б) в течение 5 лет
- В) в течение 3 лет
- Г) в течение 1 года

ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА- ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО (ГОД)

- А) 18
- Б) 10
- В) 7
- Г) 1

ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

- А) ультразвукового исследования почек 1 раз в 6 месяцев
- Б) рентгенографии органов грудной клетки
- В) общего анализа крови 1 раз в 2 недели
- Г) гормонального анализа крови

ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- А) 4 раза в год Б) 1 раз в месяц В) 6 раз в год Г) 2 раза в год

В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВХОДИТ

- А) анализ кала на скрытую кровь
- Б) определение общего белка и белковых фракций
- В) общий анализ мочи
- Г) клинический анализ крови

ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

- А) 6
- Б) 12
- В) 3

Г) 1
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ МОЖЕТ СОСТОЯТЬ ИЗ ЭТАПОВ

А) 3

Б) 5

В) 2

Г) 6

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

А) врача-педиатра

Б) старшую медицинскую сестру

В) заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных
учреждениях

Г) врача-физиотерапевта

ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
БРИГАДА ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ЧИСЛА СОТРУДНИКОВ

А) детской поликлиники по месту нахождения образовательного учреждения

Б) областной больницы

В) краевой больницы

Г) диспансеров города

ПЕРВЫЙ ЭТАПОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ

А) доврачебный

Б) лечебный

В) восстановительный

Г) санитарно-просветительный

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ

А) врач-педиатр

Б) медицинская сестра

В) главный врач

Г) заведующий педиатрическим отделением

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 17 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО
ОПРЕДЕЛЯЮТ СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №

А) 621

Б) 60

В) 770

Г) 81

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) осмотр врачом-педиатром

Б) лабораторное обследование

В) осмотр узкими специалистами

Г) инструментальное обследование

ТРЕТИЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) осмотр узкими специалистами

Б) лечение в стационаре

В) лабораторное обследование

Г) осмотр врачом-педиатром

В ДОУ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ОФОРМЛЯЮТСЯ В
УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №

А) 026/у

Б) 131/у

В) 030/у

Г) 079/у

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ С (ГОД)

- А) 15
- Б) 10
- В) 13
- Г) 7

РЕБЕНОК С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНО- РЕФЛЕКТОРНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (ЛЕГКАЯ ФОРМА ПОРАЖЕНИЯ ЦНС) НУЖДАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

- А) электроэнцефалографии (ЭЭГ)
- Б) УЗИ сосудов головного мозга
- В) компьютерной томографии головного мозга
- Г) магнитно-резонансной томографии головного мозга

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ДИЕТУ №

- А) 5
- Б) 2
- В) 9
- Г) 8

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЗДОРОВЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ 1 ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ ВРАЧОМ (РАЗ)

- А) 3
- Б) 5
- В) 4
- Г) 2

ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ- РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ

- А) ежемесячно
- Б) еженедельно
- В) 1 раз
- Г) ежедневно

ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВРАЧ- ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ

- А) 2 раза в год
- Б) 2 раза в 6 месяцев
- В) ежемесячно
- Г) 1 раз в год

ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в месяц
- В) 1 раз в год
- Г) 4 раза в год

ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ (ГОД)

- А) 5
- Б) 10
- В) 1
- Г) 2

ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ ВРАЧА

- А) кардиохирурга
- Б) педиатра
- В) кардиолога
- Г) ревматолога

ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ВРАЧ- ПЕДИАТР
ОСМАТРИВАЕТ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в год
- В) 1 раз в месяц
- Г) 4 раза в год

ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВРАЧ-ПЕДИАТР
ОСМАТРИВАЕТ

- А) 1 раз в месяц
- Б) 1 раз в год
- В) 2 раза в год
- Г) 1 раз в квартал

ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО
ПРОВОДИТЬ

- А) мониторинг артериального давления
- Б) общий анализ крови
- В) общий анализ мочи
- Г) ФЭГДС

БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

- А) хронической ревматической болезнью сердца
- Б) вегетативной дисфункцией
- В) заболеваниями соединительной ткани
- Г) гломерулонефритом

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО
ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 1
- Б) 3
- В) 12
- Г) 6

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ

- А) посевы мочи
- Б) общий анализ крови
- В) биохимический анализ крови
- Г) посевы крови

1. [Т001920] ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в год
- В) 2 раза в месяц
- Г) 1 раз в месяц

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в год
- В) 2 раза в месяц
- Г) 1 раз в месяц

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КУРС УРОСЕПТИКОВ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)

- А) 7
- Б) 10
- В) 5
- Г) 14

ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ

- А) 1 раз в год Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в полгода Г) 1 раз в 2 года

ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПРОВОДЯТ

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в полгода
- Г) 1 раз в 2 года

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ

- А) 2 лет
- Б) 1 года
- В) 5 лет
- Г) 4 лет

ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ОСМОТР ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 1
- Б) 12
- В) 6
- Г) 4

ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 3
- Б) 4
- В) 1
- Г) 6

ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- А) 12
- Б) 3
- В) 6
- Г) 24

ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в 2 года
- Г) 1 раз в 5 лет

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ PH-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год

В) 1 раз в квартал

Г) 1 раз в 2 года

ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 3

Б) 1

В) 6

Г) 12

ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 6

Б) 3

В) 1

Г) 12

ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ

А) 3 месяца

Б) год

В) 6 месяцев

Г) 1 месяц

ПРИ РЕМИССИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 1

Б) 3

В) 24

Г) 6

ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 3

Б) 1

В) 6

Г) 12

ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А) 6

Б) 3

В) 1

Г) 12

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ

А) до 18 лет

Б) 1 год

В) 5 лет

Г) 3 года

РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

А) 2 недели

Б) месяц

В) 2 месяца

Г) 3 месяца

РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВРАЧ- ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

- А) месяц
- Б) 2 месяца
- В) 3 месяца
- Г) 2 недели

КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выздоровление или достижение стойкой ремиссии заболевания
- Б) противорецидивное лечение
- В) контроль функций поражённых органов и систем
- Г) статистическая отчётность

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

- А) несовершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- Б) совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- В) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- Г) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих острыми инфекционными заболеваниями

ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) изолированную
- Б) простую
- В) сольтеряющую
- Г) стертую

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- А) врач-педиатр участковый или врач общей практики (семейный врач)
- Б) статистик лечебно-профилактического учреждения
- В) экономист лечебно-профилактического учреждения
- Г) врач-логопед

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- А) врач-специалист (по профилю заболевания)
- Б) представитель страховой компании
- В) статистик лечебно-профилактического учреждения
- Г) врач-логопед

ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) врач-педиатр участковый
- Б) статистик лечебно-профилактического учреждения
- В) представитель страховой компании
- Г) врач-логопед

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У

- А) врачей детских поликлиник
- Б) представителя страховой компании
- В) статистика лечебно-профилактического учреждения
- Г) врача-логопеда

В КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ

- А) даты посещения и следующей явки ребёнка на приём
- Б) успеваемость в общеобразовательной школе
- В) посещаемость занятий в общеобразовательной школе
- Г) уровень заработной платы родителей

СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ

- А) отделение организации медицинской помощи в образовательных учреждениях
- Б) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения
- В) клиническую лабораторию медицинского учреждения
- Г) приёмное отделение стационара медицинского учреждения

ВРАЧ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОЛЖЕН ОЗНАКОМИТЬ РОДИТЕЛЕЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ НАПРАВИТЬ НА ПРИЕМ К

- А) врачу-педиатру участковому
- Б) специалисту страховой компании
- В) главному врачу детской поликлиники
- Г) врачу-ортопеду

ЗАДАЧИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ВОПРОСАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) контроль деятельности страховой компании
- Б) преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений
- В) передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями
- Г) контакт с заведующими педиатрическими участками

ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) контроль деятельности страховой компании
- Б) составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья
- В) составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями
- Г) составление списков детей и подростков, требующих дообследования

К ОБЯЗАННОСТЯМ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТ

- А) передачу списочного состава детей
- Б) организацию и проведение спортивных мероприятий
- В) участие в образовательном процессе школы
- Г) организацию и участие в профориентационной работе школы

ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) закупку медицинских препаратов
- Б) составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией
- В) рекомендации преподавателю в «листочке здоровья» и защита интересов больного ребёнка
- Г) медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях

ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- А) оценку состояния ребенка
- Б) расчет стоимости клинического обследования

В) расчет стоимости медицинских препаратов

Г) расчет стоимости медицинских услуг

К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

А) уменьшение числа обострений хронических заболеваний

Б) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком

В) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях

Г) увеличение числа обострений хронических заболеваний

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) увеличение удельного веса выздоровевших детей Б) повышение рождаемости доношенных детей

В) снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов

Г) снижение стоимости медицинских препаратов

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СНЯТИИ РЕБЁНКА С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ИЛИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А) комиссионно

Б) врачом-педиатром участковым

В) родителями самостоятельно

Г) главным врачом детской поликлиники

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) выздоровление

Б) отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)

В) пожелание родственников ребенка

Г) пожелание законных представителей ребенка

ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ И ПРИ СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ СОСТАВЛЯЕТСЯ

А) эпикриз

Б) история болезни

В) статистический талон

Г) форма № 112/у

ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ

А) заведующий педиатрическим отделением

Б) родитель ребенка

В) медицинская сестра

Г) врач-диетолог

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ

А) время нахождения на диспансерном учете Б) доход родителей ежемесячно

В) табель успеваемости в школе

Г) количество несовершеннолетних детей в семье

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ

А) результаты осмотров узких специалистов

Б) данные страхового полиса

В) табель успеваемости в школе

Г) доход родителей ежемесячно

К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

А) медицинскую

Б) комплексную

В) парциальную

Г) периодическую

К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

А) трудовую

Б) комплексную

В) парциальную

Г) периодическую

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

А) восстановление компенсации функциональных возможностей организма

Б) существенное повышение функциональных возможностей организма

В) снижение функциональных возможностей организма

Г) некоторое уменьшение функциональных возможностей организма

В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А) поздняя реабилитация, ликвидация остаточных явлений заболевания Б) усиленная профессиональная и спортивная подготовка

В) обслуживание на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях

Г) организация соответствующего возрасту режима, ухода за ребёнком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства)

РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

А) санировать очаги инфекции Б) приобрести путевку

В) посетить врача-логопеда

Г) проконсультироваться у врача-психолога

РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

А) клинико-лабораторное обследование

Б) лечение в стационаре

В) приобрести путевку

Г) проконсультироваться у врача-психолога

ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО
ОФОРМИТЬ ДОКУМЕНТЫ

А) санаторно-курортную карту

Б) справку с места жительства

В) этапный эпикриз

Г) историю болезни

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

А) повышение уровня медицинских знаний

Б) оказание самостоятельно медицинской помощи В) получение среднего медицинского образования

Г) получение высшего медицинского образования

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний

Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов

В) оказание самостоятельной медицинской помощи

Г) получение среднего медицинского образования родителями детей

ОБЩИМ ПРИНЦИПОМ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) создание партнерства «врач–пациент–родители»

Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов В) оказание самостоятельной медицинской помощи

Г) получение среднего медицинского образования родителями детей
К МЕТОДАМ РАБОТЫ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- А) мониторинг в амбулаторных условиях
- Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов
- В) обучение родителей в общеобразовательных школах

Г) получение среднего медицинского образования родителями детей
ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ СОСТОИТ В

- А) снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания
- Б) получении среднего медицинского образования родителями детей; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации
- В) усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации
- Г) расширении диеты; формировании мотивации здорового образа жизни, развитии личности, способной к самореализации

НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО- СОЦИАЛЬНУЮ
ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
ИСКЛЮЧАЮТ

- А) данные биопсии печени
- Б) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)
- В) рентгенограмму кисти (определение «костного возраста»)
- Г) суточное мониторирование ритма и артериального давления

В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ 11 МЕСЯЦЕВ 29 ДНЕЙ ПО
НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВЕДУЩИЕ РАНГОВЫЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ

- А) болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития
- Б) инфекционные и соматические болезни В) заболевания мочевыделительной системы
- Г) заболевания эндокринной системы

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА ПЕРЕДАНО В
КОМПЕТЕНЦИЮ

- А) медико-социальной экспертизы
- Б) общеобразовательных учреждений
- В) комиссии по делам несовершеннолетних
- Г) центров социального обслуживания населения

К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ

- А) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- Б) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- В) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
- Г) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ

- А) самостоятельной ориентации, общения, самообслуживания и передвижения
- Б) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием
- В) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием
- Г) самостоятельного освоения иностранных языков

2. [Т004870] К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ
СПОСОБНОСТЬ К

- А) самостоятельной трудовой деятельности и обучению
- Б) самостоятельным занятиям профессиональным спортом и образованием

В) самостоятельным занятиям профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием

Г) самостоятельному освоению иностранных языков

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ИНВАЛИДА РЕБЁНОК НАПРАВЛЯЕТСЯ В СЛУЖБУ МСЭ ИЗ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С

А) ф. № 088/у-06

Б) страховым полисом

В) рекомендациями социального работника

Г) рекомендациями школьного врача

СЛУЖБА МСЭ ВЫДАЁТ РЕБЁНКУ-ИНВАЛИДУ

А) ИПРА инвалида

Б) выписной эпикриз

В) направление на госпитализацию

Г) рекомендации школьному врачу

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД

А) от 1 года до 5 лет

Б) от 10 лет до 18 лет

В) от 10 лет до 16 лет

Г) от 1 месяца до 6 месяцев

РЕБЕНОК-ИНВАЛИД С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА

А) не снимается

Б) снимается врачом-педиатром

В) снимается на время

Г) снимается по желанию родителей

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД

А) 1-2 года

Б) от 6 месяцев до 5 лет

В) 3-4 года

Г) 20 лет и более

ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А) медицинской организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

Б) правоохранительными органами

В) образовательным учреждением

Г) благотворительными организациями

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НАПРАВЛЯЕТ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А) после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

Б) без проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

В) при частичном проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

Г) при проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на усмотрение участкового врача

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЛИБО ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТКАЗАЛИ ГРАЖДАНИНУ В НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

А) имеет право обратиться в бюро самостоятельно

Б) не имеет право обратиться в бюро самостоятельно

В) имеет право обратиться в бюро по направлению участкового врача
Г) имеет право обратиться в бюро по направлению главного врача
ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
УТВЕРЖДАЕТСЯ

- А) Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации
 - Б) Министерством здравоохранения Российской Федерации
 - В) Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации
 - Г) Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
- ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) федеральным бюро медико-социальной экспертизы
- Б) лечебными учреждениями
- В) учреждениями социальной защиты населения
- Г) благотворительными организациями

К ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПРОГРАММАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБЕСПЕЧИТЬ
ПОЛНОЦЕННЫЙ ДОСТУП ИНВАЛИДА К ТРАНСПОРТУ, ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗИ,
ОБЪЕКТАМ, УСЛУГАМ, ОТНОСЯТ ПРОЕКТ

- А) «Доступная среда»
- Б) «Комплексные услуги»
- В) благотворительных фондов
- Г) центров социального обслуживания населения

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ
ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА И ПЕРЕДАЮТСЯ ИНВАЛИДАМ В

- А) безвозмездное пользование
 - Б) возмездное пользование
 - В) возмездное пользование на усмотрение гражданина
 - Г) безвозмездное пользование на усмотрение законного представителя ребёнка-инвалида
- КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА III СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
СТОЙКИЕ В ДИАПАЗОНЕ ОТ

- А) выраженные нарушения функций организма 70 до 80 процентов
 - Б) незначительные нарушения функций организма 10 до 30 процентов
 - В) умеренные нарушения функций организма 40 до 60 процентов
 - Г) значительно выраженные нарушения функций организма 90 до 100 процентов
- К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА
ЧЕЛОВЕКА – НАРУШЕНИЯМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ - ОТНОСЯТ

- А) нарушение зрения, слуха
- Б) деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству
- В) аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов
- Г) существенные нарушения размеров тела

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К
САМООБСЛУЖИВАНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности
- Б) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы
- В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
- Г) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА
«СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) к определению времени и места нахождения
- Б) осуществлять основные физиологические потребности
- В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
- Г) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЁ ПОВЕДЕНИЕ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
- Б) осуществлять основные физиологические потребности
- В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
- Г) к выполнению повседневной бытовой деятельности

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

- А) формирование отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
- Б) полное или частичное восстановление способности инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности
- В) способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
- Г) способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность

ЭТАП СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИЛИ РЕИНТЕГРАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

- А) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
- Б) педагогические, психологические, социальные мероприятия
- В) медицинскую реабилитацию
- Г) технические, профессиональные мероприятия

ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

- А) медицинскую реабилитацию
- Б) педагогические, психологические мероприятия
- В) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
- Г) технические, профессиональные социальные мероприятия

К ПЕРЕЧНЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ОТНОСИТСЯ

- А) разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида
- Б) организация обеспечения и финансирование за счет средств федерального бюджета
- В) консультирование по подбору технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
- Г) предоставление технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСКЛЮЧАЕТ

- А) показатель заболеваемости
- Б) достигнутые результаты выполнения программ медицинской психолого-педагогической и социальной реабилитации
- В) динамику степени нарушения функций и структур организма
- Г) динамику степени ограничений способности в различных категориях жизнедеятельности

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ (ИПР) РЕБЕНКА- ИНВАЛИДА С МУКОВИСЦИДОЗОМ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства реабилитации
 - Б) восстановительную терапию: диету с увеличением калорий в рационе до 120- 150%, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, лечебную физкультуру
 - В) реконструктивную хирургию: трансплантацию лёгкого (по показаниям)
 - Г) санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний
- К НЕОБХОДИМЫМ ДАННЫМ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ «АПЛАЗИЯ (АГЕНЕЗИЯ) ПОЧКИ ВРОЖДЕННАЯ» ОТНОСЯТ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ)

- А) почек
- Б) печени
- В) поджелудочной железы
- Г) щитовидной железы

ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

- А) органом социальной защиты
- Б) правоохранительными органами
- В) образовательным учреждением
- Г) благотворительным фондом

НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пикфлоуметрия
- Б) бактериологический посев кала
- В) рентгенограмма кисти
- Г) ультразвуковое исследование почек

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОВОДЯТСЯ

- А) ежегодно
- Б) ежеквартально
- В) ежемесячно
- Г) еженедельно

МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УСТРАНЕНИЕ ИЛИ КОМПЕНСАЦИЮ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ, ОТНОСЯТСЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ

- А) третичной
- Б) вторичной
- В) индивидуальной
- Г) первичной

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- А) скрининг-программы
- Б) обследование в стационаре
- В) осмотр педиатра
- Г) лабораторное обследование

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

- А) врача-педиатра участкового
- Б) старшего врача-педиатра детской поликлиники

В) заведующего детской поликлиникой

Г) главного врача ЛПУ

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

А) осмотр узкими специалистами

Б) сбор данных анамнеза, антропометрию, лабораторные анализы

В) оценку физического развития

Г) оценку нервно-психического развития

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ

А) доврачебный

Б) санитарно-просветительный

В) воспитательный

Г) врачебный

ИЗ МЕСТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИСКЛЮЧЕНЫ

А) лагеря отдыха

Б) детские сады

В) поликлиники

Г) школы

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

А) динамометрии и спирометрии

Б) психометрии и социометрии

В) антропометрии и индексу Эрисмана

Г) соматометрии и индексу массы тела

ЦЕЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОСТОИТ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

А) хронических заболеваний

Б) острых заболеваний

В) несчастных случаев

Г) гибели детей

К ЛЬГОТНОЙ ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ КОТОРОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ОТПУСКАЮТСЯ БЕСПЛАТНО, ОТНОСИТСЯ РЕБЁНОК ЛЕТ

А) инвалид в возрасте до 18

Б) инвалид в возрасте лишь до 14

В) от 5 до 7

Г) от 7 до 10

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НА РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

А) нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма

Б) хронические заболевания

В) врожденные пороки

Г) оперативные вмешательства (например, на сердце)

КАТЕГОРИЯ «РЕБЁНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНОВЛИВАТЬСЯ

А) на 1 год, 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет

Б) лишь на 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет

В) лишь на 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет

Г) только до достижения гражданином возраста 18 лет

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТЕРМИН

- А) «ребёнок-инвалид»
- Б) «лицо с ограниченными возможностями»
- В) «лицо со специальными потребностями в медицинском обслуживании»
- Г) «иммобильный ребёнок»

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЕТ

- А) профессиональную ориентацию, обучение и трудоустройство
- Б) восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение
- В) протезирование и ортезирование
- Г) реконструктивную хирургию

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИСКЛЮЧАЕТ

- А) протезирование и ортезирование
- Б) профессиональную ориентацию
- В) профессиональное обучение
- Г) технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТОВ, РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- А) категория «ребенок-инвалид»
- Б) I группа инвалидности
- В) II группа инвалидности
- Г) III группа инвалидности

ПРИЗНАНИЕ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
- Б) детской поликлиникой
- В) детским стационаром
- Г) детским санаторием

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ (%)

- А) 40-100
- Б) 10-20
- В) 21-30
- Г) 31-39

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ИСКЛЮЧАЕТ

- А) технические средства реабилитации для профессионального обучения
- Б) дошкольное воспитание и обучение
- В) психолого-педагогическую коррекционную работу
- Г) технические средства реабилитации для обучения

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ

- А) справка о материальном обеспечении
- Б) путевка в санаторий
- В) выписка из истории развития ребенка
- Г) справка об отсутствии педикулёза и контакта с инфекционными больными

ПРИ НЕФРОПТОЗЕ II СТЕПЕНИ РЕБЁНОК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В

- А) подготовительной группе
- Б) основной группе
- В) специальной (подгруппе А)
- Г) специальной (подгруппе Б)

В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ШКОЛЬНИК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В

А) специальной группе (подгруппа Б)

Б) основной группе

В) подготовительной группе

Г) специальной группе (подгруппа А)

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ, ОТНЕСЁННЫХ К ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ, СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А) 6

Б) 3

В) 9

Г) 12

КРИТЕРИЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

Б) нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

В) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной системы, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

Г) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной систем, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

К КРИТЕРИЯМ ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А) значительно выраженные нарушения мочевыделительной функции, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

Б) нестойкие, периодически выраженные нарушения мочевыделительной функции, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

В) нестойкие, легко выраженные нарушения мочевыделительной функции, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

Г) нестойкие, слабо выраженные нарушения мочевыделительной функции, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО ШИЗОФРЕНИЕЙ, ВКЛЮЧАЮТ

А) медикаментозное лечение Б) социальную реабилитацию

В) психокоррекцию и психопрофилактику

Г) психолого-педагогическую реабилитацию

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВКЛЮЧАЮТ

А) выбор вида и условий обучения

Б) реконструктивную хирургию

В) психокоррекцию

Г) анализ мокроты на ВК

В СИСТЕМУ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИНВАЛИДОВ ВКЛЮЧАЮТ МЕРОПРИЯТИЯ

А) медицинские

Б) юридические

В) диагностические, юридические
Г) диагностические, экономические
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
УСТАНОВЛЕНИЯ

- А) реабилитационного потенциала
- Б) причин ограничения жизнедеятельности гражданина
- В) длительности ограничения жизнедеятельности гражданина
- Г) клинико-функциональных, социально-бытовых сведений

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД ДО (ГОД)

- А) 18
- Б) 10
- В) 16
- Г) 15

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ НА ДОМУ, ЕСЛИ

- А) гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации
- Б) отсутствуют транспортные средства у родителей ребёнка-инвалида
- В) желают родители несовершеннолетнего ребенка
- Г) желает представитель несовершеннолетнего ребенка

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ

- А) гражданина или его законного представителя
- Б) представителей медицинских учреждений
- В) специалиста страховой компании
- Г) сотрудников центра социального обслуживания населения

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЙ В
ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА
ОФОРМЛЯЕТСЯ

- А) новое направление на медико-социальную экспертизу
- Б) выписной эпикриз
- В) этапный эпикриз
- Г) история болезни

ГРУППЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-
ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) адаптивный спорт
- Б) восстановительную терапию
- В) реконструктивную хирургию
- Г) санаторно-курортное лечение

ФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ

- А) федерального бюджета
- Б) внебюджетных источников
- В) добровольных пожертвований граждан
- Г) благотворительных фондов

РАТИФИКАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ
ИНВАЛИДОВ ОТ 13 ДЕКАБРЯ 2006 Г. ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГОТОВНОСТИ
СТРАНЫ К ФОРМИРОВАНИЮ УСЛОВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- А) соблюдение международных стандартов прав инвалидов
- Б) формирование общественного мнения по соблюдению прав инвалидов
- В) пропаганду международных стандартов прав инвалидов
- Г) пропаганду здорового образа жизни населения

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА I СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ ДО (%)

- А) от 10 до 30
- Б) от 40 до 60
- В) от 30 до 60
- Г) от 20 до 50

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА II СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ ДО (%)

- А) от 40 до 60
- Б) от 10 до 30
- В) от 40 до 80
- Г) от 50 до 70

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА IV СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ ДО (%)

- А) от 90 до 100
- Б) от 70 до 80
- В) от 40 до 60
- Г) от 50 до 90

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РЕЧЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЁНКА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ИСКЛЮЧАЕТ

- А) амнезию
- Б) заикание
- В) афазию
- Г) дислалию

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
- Б) реализовывать собственное самообслуживание
- В) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
- Г) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) самостоятельно перемещаться в пространстве
- Б) реализовывать собственное самообслуживание
- В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
- Г) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) устанавливать контакты между людьми
- Б) реализовывать собственное самообслуживание
- В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
- Г) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) организовывать деятельность по овладению знаниями
- Б) устанавливать контакты между людьми
- В) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм

Г) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

А) полное или частичное восстановление ранее имевшихся способностей

Б) формирование отсутствовавших ранее способностей

В) обучение установлению контактов между людьми

Г) обеспечение индивидуальным автомобилем

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИСКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ

А) медико-социальной реабилитации

Б) санитарно-гигиенического воспитания

В) диспансерных медицинских осмотров

Г) группового консультирования

К ПРИРОДНЫМ ФАКТОРАМ КУРОРТОВ ОТНОСЯТ

А) минеральные воды, грязи

Б) атмосферное давление

В) циркуляцию и влажность воздуха

Г) количество осадков

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО,

ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

А) 12

Б) 3

В) 6

Г) 1

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ,

ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ

А) лечебную физкультуру (ЛФК)

Б) постановку кожных аллергических проб

В) плавание

Г) занятия в основной группе по физической культуре

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ

ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД

СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А) 1-2

Б) 12

В) 3-6

Г) 4

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО

ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ ДВА РАЗА В (МЕС.)

А) 12

Б) 1

В) 6

Г) 3

КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ

ГАСТРИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ

А) 2 раза в год

Б) 1 раз в год

В) 1 раз в квартал

Г) 1 раз в месяц

КРАТНОСТЬ ПРИЕМА ПИЩИ, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ

ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ В ДЕНЬ

А) 4 раза

Б) 3 раза

В) 5 раз

Г) более 5 раз

КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА НА ПЕРВОМ ГОДУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

А) 1 раз в 3 месяца

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в месяц

БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ СНЯТ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧЕРЕЗ (ГОД)

А) 5

Б) 2

В) 3

Г) 4

КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ, ВРАЧОМ-КАРДИОРЕВМАТОЛОГОМ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

А) 6 месяцев

Б) месяц

В) 3 месяца

Г) неделю

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЯМ УСТАНАВЛИВАЕТ И УТВЕРЖДАЕТ

А) комиссия бюро медико-социальной экспертизы

Б) клинико-экспертная комиссия

В) военно-медицинская комиссия

Г) главный врач поликлиники

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) физическое развитие ребёнка

Б) биологический возраст

В) функциональные изменения на ЭКГ

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие заболевания, его тяжесть и характер течения

Б) биологический возраст

В) наличие функциональных изменений на ЭКГ

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) функциональное состояние сердечно-сосудистой системы

Б) биологический возраст

В) индекс здоровья

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) уровень физической подготовленности

Б) биологический возраст

В) функциональные изменения на ЭКГ

Г) индекс здоровья

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- А) дозирования физической нагрузки
- Б) определения успеваемости детей
- В) подсчета индекса здоровья
- Г) расчета показателя общей заболеваемости

РАЗРЕШЕНО СДАВАТЬ НОРМАТИВЫ СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ ТЕСТОВ НА ФИЗИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ДЕТЯМ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

- А) основной
- Б) подготовительной
- В) специальной А
- Г) специальной Б

ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ СДАЧИ НОРМАТИВОВ И ТЕСТОВ ЗАНИМАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ/ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ

- А) в подготовительной и специальной
- Б) в подготовительной и основной
- В) в основной и специальной
- Г) только в специальной А

ДЛЯ УЧАСТИЯ В СОРЕВНОВАНИЯХ ОТБИРАЮТСЯ ДЕТИ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

- А) основной
- Б) подготовительной
- В) специальной А
- Г) специальной Б

ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПРОВОДЯТ

- А) 3 раза в неделю по 30 минут вне сетки расписания
- Б) 2 раза в неделю по 50 минут вне сетки расписания
- В) 1 раза в неделю по 45 минут по расписанию
- Г) 2 раза в неделю по 15 минут

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- А) течению основного заболевания
- Б) качеству выполнения скоростно-силовых тестов
- В) выполнению пробы Штанге
- Г) посещаемости занятий

УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ИМЕЕТ

- А) 4-частную структуру
- Б) 3-частную структуру
- В) структуру по усмотрению учителя физкультуры
- Г) 2-частную структуру

УЧАЩЕГОСЯ С ДИАГНОЗОМ «ГИПЕРТРОФИЯ НЁБНЫХ МИНДАЛИН 3 СТЕПЕНИ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ СЕРДЦА», СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ

- А) подготовительной Б
-) основной
- В) специальной А
- Г) специальной Б

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С УЧЕТОМ

- А) состояния здоровья и физической подготовленности
- Б) пола и физической подготовленности
- В) желания родителей
- Г) штатного расписания

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

Ситуационная задача 1. Больной К, 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина.

ОАК: лейкоциты - $22,0 \times 10^9$, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%.

Биохимический анализ крови: общий белок- 70,2 г/л, К -3,2 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза - 32 ммоль/л, АСТ-45 ЕД (N до 35), АСТ 52 ЕД

Вопросы.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите неотложное состояние и напишите его лечение
3. Составьте план обследования
4. План диспансеризации и реабилитации данного подростка.

Ситуационная задача 2. Маша К., 2 г. 5 мес. девочка от 1 беременности, срочных родов. Беременность протекала физиологично. При рождении масса 3800 г., рост 52 см. У матери диффузный зоб I степени, эутиреоз. Во время беременности получала йодпрофилактику. В период новорожденности у ребенка отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки. На первом году жизни плохая прибавка в массе тела, снижение двигательной активности. Голову держит с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит. При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах (“лягушачий”) в положении на спине), расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Диурез не нарушен. Выражена склонность к запорам.

ОАК: Hb -91г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,85 L -9,0 г/л, п/я- 3%, с/я- 30%, э- 1%, л- 57%, м 8%, СОЭ- 7 мм/ч.

ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1015, рН- 5,0, белок- отр., сахар- отр., ацетон отр., лейкоц.-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой - 0 мкмоль/л, холестерин- 8,4 ммоль/л, К -5 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л

1.Поставьте и обоснуйте диагноз

2.Составьте план обследования

3. Напишите план диспансерного наблюдения и реабилитации ребенка.

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

Ситуационная задача 1. Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отечность лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения перенес тонзиллит, лечились самостоятельно без применения антибиотиков.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4 - 5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

ОАК: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

ОАМ: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры – эритроцитарные 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3 - в поле зрения.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
3. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.
4. Напишите план реабилитации и диспансерного наблюдения

Ситуационная задача 2. Мать с девочкой 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул у ребёнка. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась. От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы. Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца

ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования и диспансерного наблюдения и реабилитации пациентки.

Ситуационная задача 3 Пациентка 7 лет выписана из профильного стационара под наблюдение педиатра. **Диагноз:** Бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести, неконтролируемая, тяжелый приступный период. ДН 1. Хронический аллергический ринит, обострение. Аденоиды 2 степени. Полисенсibilизация. **Анамнез:** Наследственность: по аллергии не отягощена, кожной атопии со слов матери не отмечалось, в периоде новорожденности – врожденная пневмония (лечение в ОПНД РОДКБ, в том числе в АРО). С 3-4 лет посещает ДДУ и болеет частыми респираторными заболеваниями с обструктивным синдромом (лечилась амбулаторно и в 11 больнице), при обследовании – серологическое исследование на микоплазмоз, хламидиоз положительное (2014), IgE общий – 530 мЕ\мл, анализах крови – эозинофилия 8 – 12 %, в риноцитологии – эоз – 15%, по типоспецифическим IgE – дерматофаг клещи – 5 класс, кошка – 3 класс (проживала с кошкой), яйцо – 4 класс. С 2016 – хроническая заложенность носа, обструкции при ОРВИ. Периодически получала монтелукаст со снижением интенсивности обострений. Настоящее ухудшение в течение нескольких месяцев – ежедневные эпизоды приступов ночного кашля, одышки со свистящим дыханием. Осмотрена пульмонологом, при аллергологическом исследовании – береза+++, тимOFFеевка++, КДП++++, по спирограмме от 25.01.18 – положительная бронхолитическая проба, улучшение скоростных показателей до 44%. Была назначена базисная терапия флутиказон + вентолин по потребности. В течение 10 дней использовали только вентолин – на фоне сырой погоды и ринита развился тяжелый приступ удушья с ДН 1. Госпитализирована экстренно с клиникой тяжелого приступа неконтролируемой БА.

Обследование:

Анализ крови

эр	Hb	тр	л	э	п	с	л	м	СОЭ
3,98	127	193	22,4		3	86	9	2	5

Анализ мочи при поступлении – ацетон ++, в контроле – норма, копрология – норма, соскоб на э\б – отр. Анализ крови на сахар (натощак) – 4,7 ммоль\л.

Рентгенограмма грудной клетки: без особенностей.

Рентгенограмма носоглотки – пневматизация пазух носа не нарушена, аденоиды 2.

ЭКГ – синусовая брадиаритмия, нормальное положение эл оси сердца.

Пикфлоуметрия: ПСВ 210 – 235 л\мин, вариабельность ПСВ более 20%, бронхиальная гиперреактивность.

В лечении получала - В\в капельно: эуфиллин, преднизолон, цефтриаксон, ингаляционная терапия: вентолин, беклазон, серетид, внутрь – преднизолон, неосмектин, в нос – мометазон. Физиолечение. ЛФК.

Выписана с улучшением, под наблюдение врачей пульмонолога поликлиники РОДКБ.

Задание. Написать план диспансерного наблюдения и реабилитации, элиминационные мероприятия, физк группу, базисную терапию и терапию по требованию, мониторинг асмы.

ПК-3 –

Способен реализовать и контролировать эффективность индивидуальных реабилитационных программ для детей

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

Вопрос для индивидуального собеседования:

1. Цели и задачи дородового патронажа. Сбор и оценка биологического, генеалогического и социального анамнеза. Неонатальный скрининг
2. Группы здоровья и группы направленного риска новорожденных
3. Диспансерное наблюдение здоровых детей грудного и раннего возраста на педиатрическом участке. Сроки этапных эпикризов
4. Оценка физического и психомоторного развития здорового ребенка грудного возраста
5. Цели и задачи первичного патронажа к новорожденному. Организация рационального питания кормящих матерей
6. Особенности наблюдения на педиатрическом участке недоношенных детей
7. Организация грудного вскармливания здоровых детей первого года жизни на педиатрическом участке. Правила введения прикорма.
8. Правила искусственного вскармливания здорового ребенка. Классификация заменителей грудного молока
9. Организация вскармливания недоношенных детей на педиатрическом участке. Особенности заменителей грудного молока для недоношенных
10. Организация работы кабинета здорового ребенка. Обучение родителей правилам закаливания, массажа и гимнастики детей раннего возраста
11. Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке детей с затянувшейся физиологической желтухой
12. Белково-энергетическая недостаточность I степени. Диагностика, терапия, профилактика, диспансерное наблюдение
13. Белково-энергетическая недостаточность II степени. Диагностика, терапия, профилактика, диспансерное наблюдение
14. Функциональные нарушения ЖКТ: синдром срыгивания. Неспецифические средства и медикаментозная терапия, диспансерное наблюдение, профилактика
15. Функциональные нарушения ЖКТ: младенческие кишечные колики. Неспецифические средства и медикаментозная терапия, профилактика.
16. Функциональные нарушения ЖКТ: функциональный запор. Неспецифические средства и медикаментозная терапия
17. Дефицит витамина Д. Клинические проявления рахита, диагностика, лечение, антенатальная и постнатальная профилактика. Диспансерное наблюдение, профилактика.
18. Анемия у детей раннего возраста. Причины, диагностика, лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение, профилактика.
19. Диспансерное наблюдение здоровых детей от 3 до 18 лет на педиатрическом участке
20. Национальный календарь вакцинации здоровых детей в РФ.
21. Оценка адаптации детей в организованных коллективах (ДДУ и школе).
22. Работа участкового педиатра по профилактике инфекционных заболеваний у детей.

Тесты

1. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ

- А) в возрасте 2-х месяцев
- Б) на 10-й день жизни
- В) в возрасте одного месяца
- Г) в первые 3 дня после выписки из родильного дома

2. ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) синдром Нунан
- Б) синдром Дауна
- В) галактоземию
- Г) врожденную тирозинемию

3. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хромосомные аномалии развития плода
- Б) инфекционные заболевания матери
- В) внутриутробная гипоксия
- Г) гемолитическая болезнь новорожденного

4. ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ

- А) коровье молоко
- Б) консервированные продукты
- В) кукуруза
- Г) овощи

5. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ В ПРОЦЕНТАХ

- А) 5-10
- Б) 11-20
- В) 21-30
- Г) больше 30

6. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) творог
- Б) низколактозная смесь
- В) кисломолочная смесь
- Г) смесь для маловесных детей

7. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ С

- А) 22-24
- Б) 20-24
- В) 24-26
- Г) 26-28

8. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наследственный микросфероцитоз
- Б) кровопотеря
- В) дефицит эритроцитарных ферментов
- Г) наследственная гипопластическая анемия

9. ГИПЕРХРОМНАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ

- А) фолиевой кислоты
- Б) витамина Е
- В) витамина В6
- Г) железа

10. КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) IgM
- Б) IgA
- В) IgG
- Г) IgE

11. ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипоксия в родах
- Б) отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни
- В) отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
- Г) проведение реанимационных мероприятий в родильном зале

12. ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ

- А) уменьшается
- Б) увеличивается
- В) у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается
- Г) не изменяется

13. РАСЧЕТ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ В ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ РЕБЕНКУ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ НА

- А) дефицит массы тела
- Б) должную массу тела
- В) фактическую массу тела
- Г) фактическую массу тела плюс 10 – 15 %

14. НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г

- А) 2000
- Б) 2750
- В) 2500
- Г) 1500

15. ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ

- А) сэмпербифидус
- Б) фрисовом
- В) алфаре
- Г) нэнни

16. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) копрологическое исследование
- Б) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
- В) определение антител к тканевой транслугтаминазе в сыворотке крови
- Г) УЗИ брюшной полости

17. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ

- А) антибиотики, муколитики, ферменты
- Б) ферменты, противокашлевые средства
- В) муколитики, глюкокортикоиды
- Г) ферменты, витамины

18. ЖЕЛТУХА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ И МУКОВИСЦИДОЗЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

- А) механической
- Б) конъюгационной
- В) паренхиматозной
- Г) гемолитической

19. НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А) тиреотоксикоза
- Б) врожденного порока сердца
- В) атрезии пищевода
- Г) муковисцидоза

20. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- А) Сильвермана
- Б) Балларда
- В) Даунса
- Г) Дементьевой

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

Ситуационная задача 1

На амбулаторном приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, I, II, III беременности – мед. аборт, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребенок из неполной семьи.

Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,5. С одного месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г, длина - 59 см.

Вопросы:

1. Поставьте группу здоровья.
2. Оцените физическое развитие
3. Дайте рекомендации по питанию ребенка и введению прикормов.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.

Ситуационная задача 2

На амбулаторном приеме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребенка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю. Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная. Индекс отягощенности наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Нb-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребенок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Appetit хороший. По другим внутренним органам без патологии. Масса - 8700г, длина - 70см. Большой родничок 1,0x0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Дайте рекомендации по режиму, питанию.
3. Проведите профилактику пограничных состояний.

Ситуационная задача 3

На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев. Жалоб нет. Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. В легких при сравнительной перкуссии легочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета.

Вопросы:

1. Определите группу риска и группу здоровья.
2. Оцените физическое развитие
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию и профилактике возможных пограничных состояний.

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

Ситуационная задача 1

На профилактическом приеме у врача-педиатра участкового мать с ребенком 2 месяцев. Ребенок находится на естественном вскармливании. Жалобы на срыгивание после каждого кормления в объеме 20 мл от объема съеденной пищи.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Роды в сроке 39 недель, оперативные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 53 см

Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 4200 г, длина тела 55 см, окружность грудной клетки 38 см, окружность головы 39 см. Кожа бледно-розовая, эластичная, конъюнктивы, слизистые полости рта, красной каймы губ чистые, розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно, тургор упругий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус физиологический. Голова правильной формы, большой родничок 2,0×3,0 см. Грудная клетка правильной формы. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот овальной формы, не вздут, мягкий. Печень по краю правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета, кашицеобразный, гомогенный, без патологических примесей 1–2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.

Вопросы: 1. Оцените физическое развитие ребенка.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Укажите неблагоприятные факторы из анамнеза жизни, которые могут оказать влияние на состояние здоровья. Необходимо ли назначить дополнительные методы обследования?
4. Какие советы по вскармливанию ребенку нужно дать матери.

Ситуационная задача 2.

Врач-педиатр участковый пришел на патронаж к новорожденному ребенку.

Мальчику 5 дней жизни. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов.

Масса тела 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л. Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка - у края реберной дуги.

Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, определите группу здоровья и группу риска.
2. Укажите факторы, определившие данную группу риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни. Сетка питания
4. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребенком на участке.

Ситуационная задача 3

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приеме были в возрасте 1 месяца 15 дней. Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.

Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир, затем снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. Зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия. Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребенок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. Беспокойная, капризная. Головку держит, хорошо следит за предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Хейлит. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребенка. Печень +1,5 см от края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, желтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.

1. Поставьте диагноз, определите группу здоровья и группу риска.
2. Укажите факторы, определившие данную группу риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни. Сетка питания

4. Составьте план обследования.

Ситуационная задача 4

На приеме повторно мама с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.

Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребенка плохо переносит молоко.

Из анамнеза жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез неотягощен.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания?

Дайте родителям подробные указания. Необходима ли медикаментозная терапия?

Ситуационная задача 5

Мать с ребенком 4 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового по поводу выраженных приступов кишечной колики, срыгиваний после каждого кормления.

Из анамнеза заболевания: у ребенка с рождения отмечается частый водянистый пенистый стул с кислым запахом, примесью слизи и зелени, периодически беспокоят приступы кишечной колики, которые в последнее время носят интенсивный характер, участились срыгивания, возникающие после каждого кормления.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекающей с угрозой прерывания в 12 недель, гестоз второй половины беременности. Роды первые, срочные в 39 недель, масса тела при рождении – 3900 г, длина – 54 см. Период новорожденности протекал без особенностей, осмотрен врачом-неврологом – поставлен диагноз «перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС)», выписан на 4 сутки. С рождения находится на искусственном вскармливании, получает смесь «Малютка 1». Проживают в сельской местности, у врача-педиатра участкового ранее не наблюдался, не привит.

Объективно: масса тела – 5060 г, длина – 57 см, температура тела – 36,6 °С, ЧСС – 120 ударов в минуту, ЧД – 36 в минуту. Состояние средней тяжести, двигательная активность сохранена. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Дыхание через нос свободное, периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими перкуторно – легочной звук, аускультативно – пуэрильное дыхание. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум. Живот округлой формы, вздут,

при пальпации «урчание» по ходу кишечника. Стул сегодня 2 раза жидкий, пенистый с кислым запахом. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Какие рекомендации по питанию нужно дать этому ребенку?
5. Необходима ли медикаментозная коррекция выявленного заболевания.

Ситуационная задача 6

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребенок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В легких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налетом. Живот увеличен в объеме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезенка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-желтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение и рацион питания необходимо назначить? Сетка питания

ПК-4

Способен проводить профилактические мероприятия, в т.ч. санитарно-просветительскую работу, среди детей и их родителей

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

Вопрос для индивидуального собеседования:

1. Основные структурные подразделения ДП.
2. Функции детской поликлиники (ДП), участкового педиатра.
3. Участковый принцип врача педиатра
4. Основная учетно – отчетную документация на педиатрическом участке.

5. Стандарты профилактической помощи врача педиатра участкового
6. Медицинская документация врача педиатра– формы 112/у, 26/у, 058/у, 30/у – правила заполнения.
7. Нормативные документы, регламентирующие проведение профосмотров в детской поликлинике
8. Этика и деонтология при работе с пациентом и законными представителями
9. Медицинская документация врача-педиатра участкового используемая при проведении профилактического осмотра ребенка грудного возраста.
10. Медицинская документация врача-педиатра участкового используемая при проведении профилактического осмотра ребенка при оформлении в ДДУ
11. Медицинская документация врача-педиатра участкового используемая при проведении профилактического осмотра при оформлении в школу
12. Медицинская документация врача-педиатра участкового используемая при проведении профилактического осмотра детей в организованных коллективах.
13. Правила оформления листка нетрудоспособности по уходу за ребенком.
14. Правила оформления санаторно – курортной карты ребенку с хроническим заболеванием.
15. Правила оформления документации первичного патронажа новорожденного
16. Правила оформления эпикриза ребенка в 1 год.
17. Правила оформления медицинской документации при постановке на учет ребенка с хроническим заболеванием.
18. Оформление эпикризов в декретированные сроки.
19. Правила оформления медицинской документации при направлении ребенка на плановую и экстренную госпитализацию в стационар.
20. Порядок направления и правила оформления медицинской документации при направлении ребенка – инвалида на МСЭ.
21. Основные принципы организации работы детской поликлиники
22. Основные показатели эффективности работы врача педиатра участкового
23. Понятие паспорта участка
24. Формы первичной медицинской документации, используемые в работе врача– педиатра
25. Стандарты профилактической помощи врача педиатра участкового
26. Приказ № 306 н Минтруда и социальной защиты РФ от 27 марта 2017 «Врач педиатр участковый».
27. Участковый принцип организации обслуживания детей.
28. Комплекс санитарно-эпидемиологических правил по профилактике инфекционных заболеваний, утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ
29. Порядок организации медицинской реабилитации детей. Приказ МЗ РФ от 23 октября 2019 г. N 878н Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей.

Тесты

1. ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЯЩЕГО БОЛЬНОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА

А) в боксе

Б) в кабинете участкового врача

В) в кабинете врача-специалиста

Г) в кабинете заведующего педиатрическим отделением

2. СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ

А) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам

Б) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения

- В) клиническую лабораторию медицинского учреждения
- Г) приёмное отделение стационара медицинского учреждения

3. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

- А) 026/у-2000
- Б) 112/у
- В) 063/у
- Г) 058/у

4. К УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОТНОСЯТСЯ ФОРМЫ

- А) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
- Б) 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
- В) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у
- Г) 039/у; 112/у; 030/у; 088/у-06

5. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

- А) МЗ СР РФ №366н
- Б) МЗ СР РФ №624н
- В) МЗ РФ №1175н
- Г) МЗ РФ №1346н 401

6. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РАБОТАЕТ

- А) медицинская сестра, прошедшая подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением
- Б) участковый педиатр, прошедший подготовку по санитарно-просветительной работе с населением
- В) патронажная медсестра, осуществляющая санитарно-просветительную работу с населением
- Г) акушер, прошедший подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением

7. СТАТИСТИЧЕСКИМ ДОКУМЕНТОМ, СОДЕРЖАЩИМ ИНФОРМАЦИЮ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФОСМОТРОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) медицинская карта амбулаторного больного, ф. № 025/у
- Б) лист уточненных диагнозов амбулаторного больного
- В) карта подлежащего профилактическому осмотру, ф. № 046/у
- Г) контрольная карта диспансерного наблюдения, ф. № 030/у

8. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧЕТНУЮ ФОРМУ №

- А) 112/у
- Б) 026/у
- В) 030/у
- Г) 079/у

9. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ИСКЛЮЧАЕТ

- А) круглосуточное оказание медицинской помощи
- Б) медицинскую профилактику важнейших заболеваний
- В) санитарно-гигиеническое образование населения
- Г) оказание медицинской помощи в дневном стационаре

10. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) патронаж
- Б) организация стационара на дому
- В) направление на медико-социальную экспертизу
- Г) направление ребенка в круглосуточный стационар

11. НЕОКАЗАНИЕ МЕДРАБОТНИКОМ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. дисциплинарным проступком
- Б. административным проступком
- В. уголовной ответственностью

12. ПЛАНОВАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

- А. 500 человек
- Б. 800 человек
- В. 1 000 человек
- Г. 1 700 человек

13. В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ

- А) посещение новорожденных совместно с участковым педиатром
- Б) проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста
- В) оценка нервно-психического развития
- Г) проведение специфической постнатальной профилактики рахита

14. УЧАСТКОВОМУ ПЕДИАТРУ НА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТВОДИТСЯ _____ ЧАСА

- А) 4
- Б) 2
- В) 3
- Г) 0,5

15. ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 16.04.2012 Г. № 366Н СОСТАВЛЯЕТ

- А) 800
- Б) 700
- В) 1000
- Г) 900

16. БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В

- А) фильтре поликлиники
- Б) кабинете участкового врача
- В) процедурном кабинете
- Г) кабинете инфекциониста

17. ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

- А) (числа детей 1-го года жизни, регулярно наблюдавшихся врачом к числу детей, достигших одного года жизни в отчетном году) $\times 100\%$
- Б) (числа детей, не болевших на первом году к числу детей, достигших одного года) $\times 100\%$
- В) (числа активных посещений к общему числу посещений) $\times 100\%$
- Г) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$

18. ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У

- А) врачей детских поликлиник
- Б) представителя страховой компании
- В) статистика лечебно-профилактического учреждения
- Г) врача-логопеда

19. В КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ

- А) даты посещения и следующей явки ребёнка на приём

- Б) успеваемость в общеобразовательной школе
- В) посещаемость занятий в общеобразовательной школе
- Г) уровень заработной платы родителей

20. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

А) МЗ СР РФ №366н

Б) МЗ СР РФ №624н

В) МЗ РФ №1175н

Г) МЗ РФ №1346н

Правильный ответ все А.

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

Задача 1. На приеме участкового врача-педиатра мальчик в возрасте 1 месяц. Ребенок от I беременности, I срочных родов, от молодых родителей, родители здоровы. Вес при рождении 3200г, рост 52 см. Составьте план наблюдения ребенка до 3-х месяцев и оформите его в амбулаторной карте .

Задача 2. На приеме участкового врача – педиатра ребенок в возрасте 3 месяцев. По данным этапного эпикриза физическое развитие среднее, гармоничное, мезосоматотип; нервно – психическое развитие I группа, I подгруппа; группа здоровья I. Составьте план наблюдения до 1 года в амбулаторной карте.

Задача 3. На приеме участкового врача – педиатра мальчик в возрасте 1 года. Ребенок от II беременности; II срочных родов, молодых здоровых родителей. Масса при рождении 3600; 55 см. Рос и развивался соответственно возрасту.

Респираторными заболеваниями болел 2 раза. По данным этапного эпикриза группа здоровья I физическое развитие ниже среднего, гармоничное, микросоматотип; нервно – психическое развитие I I группа, I I подгруппа; группа здоровья II.

Составьте схему профилактического наблюдения до 2-х лет.

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

Ситуационная задача1.

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.

У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. 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 положительн 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: без патологии. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, рН – 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 – 24Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, из 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, 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), экзогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Задание. Оформить карту диспансерного наблюдения и план диспансеризации. Выписать справку о группе здоровья и физкультурной группе в школу.

Ситуационная задача 2. Оформить санаторно – курортную карту и сопроводительные документы ребенку 7 лет с диагнозом бронхиальная астма, atopическая, средней тяжести, период ремиссии. ДН 0, бытовая сенсibilизация в санаторий «Мать и Дитя»

Ситуационная задача 3.

Подросток 15 лет на приеме педиатр после выписки из профильного стационара.

Жалобы на слабость, утомляемость, выраженное затруднение носового дыхания, периодический кашель с гнойной мокротой. **Анамнез:** Легочный анамнез с рождения по типу гнойного бронхита, с 4х лет – хронический кашель, нарастание признаков хронической ДН (одышка в покое и физической нагрузке, формирование деформации фаланг кистей по типу «барабанных палочек»). Потовый тест – сомнительный (на аппарате Нанодакт – 67 мэкв\л, был осмотрен генетиком – данных за МВ нет.). Находится на многолетней круглогодичной терапии по поддержанию мукоцилиарного клиренса (атровент, муколитики, иммунокоррекция). Сохраняется прогрессирующее течение заболевания – стойкий субфебрилитет, слабость утомляемость, отсутствие дренажа мокроты, хроническую заложенность носа * практически не дышит носом, отмечается выраженная потеря веса (более 5 кг за год). Был госпитализирован по поводу нарастания одышки в покое и при малейшей нагрузке, отсутствие дренажа мокроты, слабость, снижение активности, выделение гнойно – ржавой мокроты.

При осмотре состояние тяжелое, одышка до 34 – 36 в минуту, слабость, утомляемость. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое. Выраженная деформация концевых фаланг пальцев по типу « барабанных палочек» и «часовых стекол». Дышит ртом, носовое дыхание практически отсутствует. В легких выраженное притупление перкуторного звука по правому легочному полю, дыхание резко ослабленное, в нижние отделы проводится плохо, над проекцией средней доли практически не проводится, обильные влажные хрипы. ЧД 34 в минуту. Тоны сердца отчетливые ритм правильный ЧСС 78. АЛ – 115\70 мм рт ст.

Отмечается тотальная мышечная гипотония, отсутствие ПЖК.

Обследование: Транскутанная пульсоксиметрия – 93 – 92%, при физической нагрузке. - снижение до 90 – 85%. Спирограмма: Значительное снижение ФЖЕЛ, ОФВ1 (до 43%) в динамике изменения сохраняются..

Бронхоскопия: субтотальный гнойный эндобронхит преимущественно справа.

Бронхоэктазы правого легкого. РКТ картина полисинусита (выраженного этмоидита, гайморита, ринита слева полипозного характера – ретроназальный полип). РКТ легких: в базальных сегментах н\доли справа (S 8,8,10) отмечается деформация легочного рисунка за счет наличия множественных полостей, расширенных до 5.5 мм сегментарных и субсегментарных бронхов, фиброателектаз в средней доле справа.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план и оформите карту диспансерного наблюдения
3. Выпишите направление на МСЭ данному ребенку.