

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:02  
Уникальный программный ключ:  
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
М. ГОРЬКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра педиатрии №1

«Утверждено»  
на заседании кафедры  
«30» августа 2024 г.  
протокол № 2  
заведующий кафедрой  
д.мед.н., доцент Е.В. Пшеничная

Фонд оценочных средств по дисциплине

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ, НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

Специальность

31.05.02 Педиатрия

Донецк 2024

## ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

<b>№</b>	<b>Дата и номер протокола утверждения</b>	<b>Раздел ФОС</b>	<b>Основание актуализации</b>	<b>Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию</b>

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ, НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
<b>Общепрофессиональные компетенции (ОПК)</b>			
<b>ОПК-2.</b> Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	<b>ОПК-2.1.2.</b> Знает формы и методы санитарно-гигиенического просвещения среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников.	<b>T1</b> ОПК-2.1.2 <b>T2</b> ОПК-2.1.2	<b>C1</b> ОПК-2.1.2
	<b>ОПК-2.1.8.</b> Знает медицинские показания и противопоказания к применению вакцин, возможные осложнения при применении вакцин.	<b>T3</b> ОПК-2.1.8 <b>T4</b> ОПК-2.1.8	<b>C2</b> ОПК-2.1.8
	<b>ОПК-2.1.10.</b> Знает правила грудного вскармливания и его польза для сохранения здоровья матери и ребенка, состав грудного молока.	<b>T5</b> ОПК-2.1.10 <b>T6</b> ОПК-2.1.10	<b>C3</b> ОПК-2.1.10

	<b>ОПК-2.1.11.</b> Знает виды и состав смесей - заменителей грудного молока, показания и правила применения в зависимости от возраста и состояния ребенка.	<b>T7</b> ОПК-2.1.11 <b>T8</b> ОПК-2.1.11	<b>C4</b> ОПК-2.1.11
	<b>ОПК-2.1.12.</b> Знает сроки и порядок введения прикорма в зависимости от возраста и состояния ребенка.	<b>T9</b> ОПК-2.1.12 <b>T10</b> ОПК-2.1.12	<b>C5</b> ОПК-2.1.12
	<b>ОПК-2.1.13.</b> Знает основные принципы рационального сбалансированного питания детей различных возрастных групп.	<b>T11</b> ОПК-2.1.13. <b>T12</b> ОПК-2.1.13	<b>C6</b> ОПК-2.1.13
	<b>ОПК-2.1.15.</b> Знает методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания).	<b>T13</b> ОПК-2.1.15 <b>T14</b> ОПК-2.1.15	<b>C7</b> ОПК-2.1.15
	<b>ОПК-2.1.16.</b> Знает методику получения и оценки информации о возрасте родителей в момент рождения ребенка, вредных привычках, работа с вредными и (или) опасными условиями труда, жилищных условиях и неблагоприятных социально-гигиенических факторах.	<b>T15</b> ОПК-2.1.16 <b>T16</b> ОПК-2.1.16	<b>C8</b> ОПК-2.1.16
	<b>ОПК-2.1.26.</b> Знает правила получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение лечения.	<b>T17</b> ОПК-2.1.26 <b>T18</b> ОПК-2.1.26	<b>C9</b> ОПК-2.1.26
	<b>ОПК-2.1.33.</b> Знает перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий в соответствии с возрастом ребенка, диагнозом и клиническими проявлениями заболевания, с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T19</b> ОПК-2.1.33 <b>T20</b> ОПК-2.1.33	<b>C10</b> ОПК-2.1.33

	<b>ОПК-2.1.37.</b> Знает нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, прохождения диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказания медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях.	<b>T21</b> ОПК-2.1.37 <b>T22</b> ОПК-2.1.37	<b>C11</b> ОПК-2.1.37
	<b>ОПК-2.1.38.</b> Знает основные принципы профилактического наблюдения за детьми с учетом возраста ребенка, состояния здоровья в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T23</b> ОПК-2.1.38 <b>T24</b> ОПК-2.1.38	<b>C12</b> ОПК-2.1.38
	<b>ОПК-2.1.39.</b> Знает правила получения согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных.	<b>T25</b> ОПК-2.1.39 <b>T26</b> ОПК-2.1.39	<b>C13</b> ОПК-2.1.39
	<b>ОПК-2.1.40.</b> Знает правила получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику.	<b>T27</b> ОПК-2.1.40 <b>T28</b> ОПК-2.1.40	<b>C14</b> ОПК-2.1.40
	<b>ОПК-2.1.42.</b> Знает медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие состояние здоровья прикрепленного контингента, порядок их вычисления и оценки.	<b>T29</b> ОПК-2.1.42 <b>T30</b> ОПК-2.1.42	<b>C15</b> ОПК-2.1.42
	<b>ОПК-2.1.43.</b> Знает правила оформления в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям амбулаторно, медицинской документации, в том числе в электронном виде.	<b>T31</b> ОПК-2.1.43 <b>T32</b> ОПК 2.1.43	<b>C16</b> ОПК-2.1.43

	<b>ОПК-2.2.1.</b> Умеет проводить санитарно-просветительную работу среди детей и их родителей (законных представителей) по формированию элементов здорового образа жизни, разрабатывать и реализовывать профилактические программы и программы формирования здорового образа жизни, составить план профилактических мероприятий и осуществлять методы групповой и индивидуальной профилактики наиболее распространенных заболеваний.	<b>T33</b> ОПК-2.2.1 <b>T34</b> ОПК-2.2.1	<b>C17</b> ОПК-2.2.1
	<b>ОПК-2.2.3.</b> Умеет обучать детей и членов их семей навыкам здорового образа жизни.	<b>T35</b> ОПК-2.2.3 <b>T36</b> ОПК-2.2.3	<b>C18</b> ОПК-2.2.3
	<b>ОПК-2.2.6.</b> Умеет разъяснять матерям пользу грудного вскармливания не менее чем до одного года, в том числе исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев, и правила введения прикорма в соответствии с клиническими рекомендациями.	<b>T37</b> ОПК-2.2.6 <b>T38</b> ОПК-2.2.6	<b>C19</b> ОПК-2.2.6
	<b>ОПК-2.2.7.</b> Умеет разъяснять детям, их родителям (законным представителям) и лицам, осуществляющим уход за ребенком, правила рационального сбалансированного питания детей различных возрастных групп.	<b>T39</b> ОПК-2.2.7 <b>T40</b> ОПК-2.2.7	<b>C20</b> ОПК-2.2.7
	<b>ОПК-2.2.13.</b> Умеет проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми, детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T41</b> ОПК-2.2.13 <b>T42</b> ОПК-2.2.13	<b>C21</b> ОПК-2.2.13
	<b>ОПК-2.2.36.</b> Умеет определять врачей-специалистов для проведения реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	<b>T43</b> ОПК-2.2.36 <b>T44</b> ОПК-2.2.36	<b>C22</b> ОПК-2.2.36

	(протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	<b>ОПК-2.3.1.</b> Владеет проведением оздоровительных мероприятий у детей различных возрастных групп, направленных на формирование элементов здорового образа жизни.	<b>T45</b> ОПК-2.3.1 <b>T46</b> ОПК-2.3.1	<b>C23</b> ОПК-2.3.1
	<b>ОПК-2.3.3.</b> Владеет формированием приверженности матерей к грудному вскармливанию.	<b>T47</b> ОПК-2.3.3 <b>T48</b> ОПК-2.3.3	<b>C24</b> ОПК-2.3.3
	<b>ОПК-2.3.5.</b> Владеет проведением санитарно-просветительной работы среди детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком.	<b>T49</b> ОПК-2.3.5 <b>T50</b> ОПК-2.3.5	<b>C25</b> ОПК-2.3.5
	<b>ОПК-2.3.6.</b> Владеет оцениванием эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп.	<b>T51</b> ОПК-2.3.6 <b>T52</b> ОПК-2.3.6	<b>C26</b> ОПК-2.3.6
	<b>ОПК-2.3.32.</b> Владеет выбором врачей-специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями.	<b>T53</b> ОПК-2.3.32 <b>T54</b> ОПК-2.3.32	<b>C27</b> ОПК-2.3.32
	<b>ОПК-2.3.38.</b> Владеет составлением плана и отчета о работе врача-педиатра участкового.	<b>T55</b> ОПК-2.3.38 <b>T56</b> ОПК-2.3.38	<b>C28</b> ОПК-2.3.38
	<b>ОПК-2.3.39.</b> Владеет проведением анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного контингента.	<b>T57</b> ОПК-2.3.39 <b>T58</b> ОПК-2.3.39	<b>C29</b> ОПК-2.3.39
<b>ОПК-4.</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента	<b>ОПК-4.1.2.</b> Знает методы и алгоритмы клинического, лабораторного и инструментального обследования пациентов с различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, принципы постановки клинического диагноза.	<b>T59</b> ОПК-4.1.2 <b>T60</b> ОПК-4.1.2	<b>C30</b> ОПК-4.1.2

с целью установления диагноза			
	<b>ОПК-4.2.1.</b> Умеет проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	<b>T61</b> ОПК-4.2.1 <b>T62</b> ОПК-4.2.1	<b>C31</b> ОПК-4.2.1
	<b>ОПК-4.3.1.</b> Владеет проведением обследования пациента с целью установления диагноза.	<b>T63</b> ОПК-4.3.1 <b>T64</b> ОПК-4.3.1	<b>C32</b> ОПК-4.3.1
<b>ОПК-6.</b> Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-сан помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	<b>ОПК-6.1.3.</b> Знает правила получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику.	<b>T65</b> ОПК-6.1.3 <b>T66</b> ОПК-6.1.3	<b>C33</b> ОПК-6.1.3
	<b>ОПК-6.1.14.</b> Знает принципы и правила оказания паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи.	<b>T67</b> ОПК-6.1.14 <b>T68</b> ОПК-6.1.14	<b>C34</b> ОПК-6.1.14
<b>ОПК-8.</b> Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том	<b>ОПК-8.1.3.</b> Знает особенности организации медицинской реабилитации и абилитации в условиях детских лечебно - профилактических учреждений.	<b>T69</b> ОПК-8.1.3 <b>T70</b> ОПК-8.1.3	<b>C35</b> ОПК-8.1.3



числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую			
	<b>ОПК-8.1.8.</b> Знает организационные основы физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения, в том числе в педиатрической практике.	<b>T71</b> ОПК-8.1.8 <b>T72</b> ОПК-8.1.8	<b>C36</b> ОПК-8.1.8
	<b>ОПК-8.2.4.</b> Умеет оформить медицинскую документацию при назначении физио-терапевтических методов.	<b>T73</b> ОПК-8.2.4 <b>T74</b> ОПК-8.2.4	<b>C37</b> ОПК-8.2.4
	<b>ОПК-8.2.10.</b> Умеет определить тактику врачебных действий при назначении средств медицинской реабилитации в комплексной терапии больного.	<b>T75</b> ОПК-8.2.10 <b>T76</b> ОПК-8.2.10	<b>C38</b> ОПК-8.2.10
	<b>ОПК-8.3.3.</b> Владеет определением показаний и противопоказаний к назначению средств лечебной физкультуры и физиотерапии.	<b>T77</b> ОПК-8.3.3 <b>T78</b> ОПК-8.3.3	<b>C39</b> ОПК-8.3.3
	<b>ОПК-8.3.11.</b> Владеет оценкой эффективности индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида.	<b>T79</b> ОПК-8.3.11 <b>T80</b> ОПК-8.3.11	<b>C40</b> ОПК-8.3.11
<b>Профессиональных компетенций (ПК)</b>			
<b>ПК-1.</b> Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза	<b>ПК-1.1.2.</b> Знает особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста.	<b>T81</b> ПК-1.1.2 <b>T82</b> ПК-1.1.2	<b>C41</b> ПК-1.1.2

	<b>ПК-1.1.7.</b> Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование к врачам специалистам с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T83</b> ПК-1.1.7 <b>T84</b> ПК-1.1.7	<b>C42</b> ПК-1.1.7
	<b>ПК-1.1.8.</b> Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной или паллиативной медицинской помощи.	<b>T85</b> ПК-1.1.8 <b>T86</b> ПК-1.1.8	<b>C43</b> ПК-1.1.8
	<b>ПК-1.1.9.</b> Знает Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>T87</b> ПК-1.1.9 <b>T88</b> ПК-1.1.9	<b>C44</b> ПК-1.1.9
	<b>ПК-1.2.7.</b> Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям.	<b>T89</b> ПК-1.2.7 <b>T90</b> ПК-1.2.7	<b>C45</b> ПК-1.2.7
	<b>ПК-1.2.8.</b> Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований.	<b>T91</b> ПК-1.2.8 <b>T92</b> ПК-1.2.8	<b>C46</b> ПК-1.2.8
	<b>ПК-1.2.9.</b> Умеет интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований детей по возрастно-половым группам.	<b>T93</b> ПК-1.2.9 <b>T94</b> ПК-1.2.9	<b>C47</b> ПК-1.2.9
	<b>ПК-1.2.10.</b> Умеет обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам.	<b>T95</b> ПК-1.2.10 <b>T96</b> ПК-1.2.10	<b>C48</b> ПК-1.2.10
	<b>ПК-1.2.11.</b> Умеет обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию	<b>T97</b> ПК-1.2.11 <b>T98</b> ПК-1.2.11	<b>C49</b> ПК-1.2.11
	<b>ПК-1.2.12.</b> Умеет пользоваться медицинской аппаратурой, которая входит в стандарт оснащения кабинета врача-педиатра участкового в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.	<b>T99</b> ПК-1.2.12 <b>T100</b> ПК-1.2.12	<b>C50</b> ПК-1.2.12
	<b>ПК-1.3.5.</b> Владеет направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с	<b>T101</b> ПК-1.3.5 <b>T102</b> ПК-1.3.5	<b>C51</b> ПК-1.3.5

	действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	<b>ПК-1.3.6.</b> Владеет оценкой клинической картины болезни и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи	<b>T103</b> ПК-1.3.6 <b>T104</b> ПК-1.3.6	<b>C52</b> ПК-1.3.6
	<b>ПК-1.3.7.</b> Владеет проведением дифференциального диагноза с другими болезнями и постановкой диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>T105</b> ПК-1.3.7 <b>T106</b> ПК-1.3.7	<b>C53</b> ПК-1.3.7
<b>ПК-2.</b> Способен к назначению лечения детям и контролю его эффективности и безопасности	<b>ПК-2.1.2.</b> Знает современные методы медикаментозной терапии заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T107</b> ПК-2.1.2 <b>T108</b> ПК-2.1.2	<b>C54</b> ПК-2.1.2
	<b>ПК-2.1.5.</b> Знает принципы назначения лечебного питания с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T109</b> ПК-2.1.5 <b>T110</b> ПК-2.1.5	<b>C55</b> ПК-2.1.5
	<b>ПК-2.1.7.</b> Знает принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях и состояниях, при обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T111</b> ПК-2.1.7 <b>T112</b> ПК-2.1.7	<b>C56</b> ПК-2.1.7
	<b>ПК-2.1.8.</b> Знает принципы и правила проведения паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи	<b>T113</b> ПК-2.1.8 <b>T114</b> ПК-2.1.8	<b>C57</b> ПК-2.1.8

	помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	<b>ПК-2.2.1.</b> Умеет составлять план лечения болезней и состояний ребенка, назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза, и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T115</b> ПК-2.2.1 <b>T116</b> ПК-2.2.1	<b>C58</b> ПК-2.2.1
	<b>ПК-2.2.2.</b> Умеет назначать немедикаментозную терапию, диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T117</b> ПК-2.2.2 <b>T118</b> ПК-2.2.2	<b>C59</b> ПК-2.2.2
	<b>ПК-2.2.5.</b> Умеет оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний; оказывать паллиативную помощь детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T119</b> ПК-2.2.5 <b>T120</b> ПК-2.2.5	<b>C60</b> ПК-2.2.5
	<b>ПК-2.3.1.</b> Владеет разработкой плана лечения болезней и состояний ребенка.	<b>T121</b> ПК-2.3.1 <b>T122</b> ПК-2.3.1	<b>C61</b> ПК-2.3.1
	<b>ПК-2.3.2.</b> Владеет назначением медикаментозной, немедикаментозной терапии, диетотерапии.	<b>T123</b> ПК-2.3.2 <b>T124</b> ПК-2.3.2	<b>C62</b> ПК-2.3.2
	<b>ПК-2.3.5.</b> Владеет оказанием медицинской помощи при внезапных острых состояниях и заболеваниях, обострении хронических заболеваний.	<b>T125</b> ПК-2.3.5 <b>T126</b> ПК-2.3.5	<b>C63</b> ПК-2.3.5
<b>ПК-3.</b> Способен к реализации и контролю эффективности индивидуальных	<b>ПК-3.1.1.</b> Знает нарушения в состоянии здоровья детей, приводящие к ограничению их жизнедеятельности.	<b>T127</b> ПК-3.1.1 <b>T128</b> ПК-3.1.1	<b>C64</b> ПК-3.1.1

реабилитационных программ для детей			
	<b>ПК-3.1.3.</b> Знает методы контроля выполнения индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, составленной врачом по медико-социальной экспертизе.	<b>T129</b> ПК-3.1.3 <b>T130</b> ПК-3.1.3	<b>C65</b> ПК-3.1.3
	<b>ПК-3.1.4.</b> Знает мероприятия по реабилитации длительно и часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T131</b> ПК-3.1.4 <b>T132</b> ПК-3.1.4	<b>C66</b> ПК-3.1.4
	<b>ПК-3.1.6.</b> Знает перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий в соответствии с возрастом ребенка, диагнозом и клиническими проявлениями заболеваниями, с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T133</b> ПК-3.1.6 <b>T134</b> ПК-3.1.6	<b>C67</b> ПК-3.1.6
	<b>ПК-3.1.7.</b> Знает медицинские показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения длительно и часто болеющим детям и детям с хроническими заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T135</b> ПК-3.1.7 <b>T136</b> ПК-3.1.7	<b>C68</b> ПК-3.1.7
	<b>ПК-3.2.2.</b> Умеет оценивать выполнение индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, составленной врачом по медико-социальной экспертизе.	<b>T137</b> ПК-3.2.2 <b>T138</b> ПК-3.2.2	<b>C69</b> ПК-3.2.2
	<b>ПК-3.2.3.</b> Умеет определять медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в	<b>T139</b> ПК-3.2.3 <b>T140</b> ПК-3.2.3	<b>C70</b> ПК-3.2.3

	соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.		
	<b>ПК-3.2.5.</b> Умеет назначать санаторно-курортное лечение длительно и часто болеющим детям и детям с хроническими заболеваниями с учетом возраста ребенка и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T141</b> ПК-3.2.5 <b>T142</b> ПК-3.2.5	<b>C71</b> ПК-3.2.5
	<b>ПК-3.2.6.</b> Умеет контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность реабилитации длительно и часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями с учетом возраста ребенка и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T143</b> ПК-3.2.6 <b>T144</b> ПК-3.2.6	<b>C72</b> ПК-3.2.7
	<b>ПК-3.3.1.</b> Владеет определением нарушений в состоянии здоровья детей, приводящих к ограничению их жизнедеятельности.	<b>T145</b> ПК-3.3.1 <b>T146</b> ПК-3.3.1	<b>C73</b> ПК-3.3.1
	<b>ПК-3.3.2.</b> Владеет направлением детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности в службу ранней помощи, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям, для прохождения медико-социальной экспертизы.	<b>T147</b> ПК-3.3.2 <b>T148</b> ПК-3.3.2	<b>C74</b> ПК-3.3.2
	<b>ПК-3.3.3.</b> Владеет контролем выполнения индивидуальной программы реабилитации детей-инвалидов, составленной врачом по медико-социальной экспертизе.	<b>T149</b> ПК-3.3.3 <b>T150</b> ПК-3.3.3	<b>C75</b> ПК-3.3.3
	<b>ПК-3.3.4.</b> Владеет контролем выполнения медицинских мероприятий по реабилитации длительно и часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями.	<b>T151</b> ПК-3.3.4 <b>T152</b> ПК-3.3.4	<b>C76</b> ПК-3.3.4
	<b>ПК-3.3.5.</b> Владеет направлением детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности в	<b>T153</b> ПК-3.3.5 <b>T154</b> ПК-3.3.5	<b>C77</b> ПК-3.3.5

	службу ранней помощи, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям, для прохождения медико-социальной экспертизы.		
	<b>ПК-3.3.6.</b> Владеет назначением санаторно-курортного лечения длительно и часто болеющим детям и детям с хроническими заболеваниями.	<b>T155</b> ПК-3.3.6 <b>T156</b> ПК-3.3.6	<b>C78</b> ПК-3.3.6
<b>ПК-4.</b> Способен к проведению профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской работы, среди детей и их родителей	<b>ПК-4.1.2.</b> Знает основные принципы профилактического наблюдения за детьми с учетом возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T157</b> ПК-4.1.2 <b>T158</b> ПК-4.1.2	<b>C79</b> ПК-4.1.2
	<b>ПК-4.1.6.</b> Знает основные принципы рационального сбалансированного питания детей различных возрастных групп.	<b>T159</b> ПК-4.1.6 <b>T160</b> ПК-4.1.6	<b>C80</b> ПК-4.1.6
	<b>ПК-4.1.7.</b> Знает перечень врачей-специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров, лабораторных и инструментальных обследований, профилактических прививок, при проведении профилактических медицинских осмотров в зависимости от возраста ребенка и состояния его здоровья.	<b>T161</b> ПК-4.1.7 <b>T162</b> ПК-4.1.7	<b>C81</b> ПК-4.1.7
	<b>ПК-4.1.9.</b> Знает принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей, национальный календарь профилактических прививок с учетом возраста ребенка и состояния его здоровья.	<b>T163</b> ПК-4.1.9 <b>T164</b> ПК-4.1.9	<b>C82</b> ПК-4.1.9
	<b>ПК-4.1.10.</b> Знает медицинские показания и противопоказания к применению вакцин, возможные реакции и осложнения при применении вакцин.	<b>T165</b> ПК-4.1.10 <b>T166</b> ПК-4.1.10	<b>C83</b> ПК-4.1.10
	<b>ПК-4.1.11.</b> Знает критерии распределения детей на группы здоровья с учетом диагноза, результатов функционального	<b>T167</b> ПК-4.1.11 <b>T168</b> ПК-4.1.11	<b>C84</b> ПК-4.1.11

	обследования, кратности перенесенных заболеваний в течение года, нервно-психического и физического здоровья.		
	<b>ПК-4.1.12.</b> Знает критерии распределения детей на группы здоровья для занятий физической культурой в образовательных учреждениях.	<b>T169</b> ПК-4.1.12 <b>T170</b> ПК-4.1.12	<b>C85</b> ПК-4.1.12
	<b>ПК.4.1.14.</b> Знает принципы диспансерного наблюдения длительно и часто болеющим детям и детям с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T171</b> ПК-4.1.14 <b>T172</b> ПК-4.1.14	<b>C86</b> ПК-4.1.14
	<b>ПК-4.1.15.</b> Знает правила проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в случае возникновения очага инфекции.	<b>T173</b> ПК-4.1.15 <b>T174</b> ПК-4.1.15	<b>C87</b> ПК-4.1.15
	<b>ПК.4.2.1.</b> Умеет организовывать и обеспечивать проведение профилактических медицинских осмотров детей с учетом их возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.	<b>T175</b> ПК-4.2.1 <b>T176</b> ПК-4.2.1	<b>C88</b> ПК-4.2.1
	<b>ПК.4.2.2.</b> Умеет организовывать и контролировать проведение иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у детей с учетом их возраста, состояния здоровья ребенка и в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.	<b>T177</b> ПК-4.2.2 <b>T178</b> ПК-4.2.2	<b>C89</b> ПК-4.2.2
	<b>ПК-4.2.4.</b> Умеет разъяснять детям, их родителям (законным представителям) и лицам, осуществляющим уход за ребенком, правила рационального сбалансированного питания детей различных возрастных групп.	<b>T179</b> ПК-4.2.4 <b>T180</b> ПК-4.2.4	<b>C90</b> ПК-4.2.4
	<b>ПК-4.2.5.</b> Умеет определять группу здоровья детей.	<b>T181</b> ПК-4.2.5 <b>T182</b> ПК-4.2.5	<b>C91</b> ПК-4.2.5
	<b>ПК-4.2.6.</b> Умеет устанавливать группу здоровья ребенка для занятий физической культурой в образовательных	<b>T183</b> ПК-4.2.6 <b>T184</b> ПК-4.2.6	<b>C92</b> ПК-4.2.6



	учреждениях.		
	<b>ПК-4.2.8.</b> Умеет проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми и детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>T185</b> ПК-4.2.8 <b>T186</b> ПК-4.2.8	<b>C93</b> ПК-4.2.8
	<b>ПК-4.2.9.</b> Умеет организовывать проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в случае возникновения очага инфекции	<b>T187</b> ПК-4.2.9 <b>T188</b> ПК-4.2.9	<b>C94</b> ПК-4.2.9
	<b>ПК-4.3.1.</b> Владеет организацией и проведением профилактических осмотров детей.	<b>T189</b> ПК-4.3.1 <b>T190</b> ПК-4.3.1	<b>C95</b> ПК-4.3.1
	<b>ПК-4.3.2.</b> Владеет организацией и контролем проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний.	<b>T191</b> ПК-4.3.2 <b>T192</b> ПК-4.3.2	<b>C96</b> ПК-4.3.2
	<b>ПК-4.3.5.</b> Владеет установлением группы здоровья ребенка.	<b>T193</b> ПК-4.3.5 <b>T194</b> ПК-4.3.5	<b>C97</b> ПК-4.3.5
	<b>ПК-4.3.6.</b> Владеет установлением медицинской группы здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных учреждениях.	<b>T195</b> ПК-4.3.6 <b>T196</b> ПК-4.3.6	<b>C98</b> ПК-4.3.6
	<b>ПК-4.3.7.</b> Владеет проведением диспансерного наблюдения длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья и детей-инвалидов.	<b>T197</b> ПК-4.3.7 <b>T198</b> ПК-4.3.7	<b>C99</b> ПК-4.3.7
	<b>ПК-4.3.8.</b> Владеет назначением лечебно-оздоровительных мероприятий детям.	<b>T199</b> ПК-4.3.8 <b>T200</b> ПК-4.3.8	<b>C100</b> ПК-4.3.8
	<b>ПК-4.3.9.</b> Владеет организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в случае возникновения очага инфекции.	<b>T201</b> ПК-4.3.9 <b>T202</b> ПК-4.3.9	<b>C101</b> ПК-4.3.9
	<b>ПК-4.3.10.</b> Владеет оценкой эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп.	<b>T203</b> ПК-4.3.10 <b>T204</b> ПК-4.3.10	<b>C102</b> ПК-4.3.10
<b>ПК-5. Способен</b>	<b>ПК-5.1.4.</b> Знает медико-статистические показатели	<b>T205</b> ПК-5.1.4	<b>C103</b> ПК-5.1.4

к организации деятельности медицинского персонала и ведению медицинской документации	заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие состояние здоровья прикрепленного контингента, порядок их вычисления и оценки.	<b>T206</b> ПК-5.1.4	
	<b>ПК-5.1.5.</b> Знает правила оформления в медицинских организациях, оказывающих помощь детям амбулаторно, медицинской документации, в том числе в электронном виде.	<b>T207</b> ПК-5.1.5 <b>T208</b> ПК-5.1.5	<b>C104</b> ПК-5.1.5
	<b>ПК-5.1.6.</b> Знает правила оформления и выдачи документов при направлении детей на госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу, на посещение образовательных организаций, при временной утрате трудоспособности.	<b>T209</b> ПК-5.1.6 <b>T210</b> ПК-5.1.6	<b>C105</b> ПК-5.1.6
	<b>ПК-5.2.3.</b> Умеет составить план работы и отчет о работе врача-педиатра участкового в соответствии с установленными требованиями.	<b>T211</b> ПК-5.2.3 <b>T212</b> ПК-5.2.3	<b>C106</b> ПК-5.2.3
	<b>ПК-5.2.5.</b> Умеет проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья детского населения.	<b>T213</b> ПК-5.2.5 <b>T214</b> ПК-5.2.5	<b>C107</b> ПК-5.2.5
	<b>ПК-5.2.6.</b> Умеет заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде.	<b>T215</b> ПК-5.2.6 <b>T216</b> ПК-5.2.6	<b>C108</b> ПК-5.2.5
	<b>ПК-5.2.7.</b> Умеет оформлять документы при направлении детей на госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу, на посещение образовательных организаций, при временной утрате трудоспособности.	<b>T217</b> ПК-5.2.7 <b>T218</b> ПК-5.2.7	<b>C109</b> ПК-5.2.7
	<b>ПК-5.3.3.</b> Владеет составлением плана и отчета о работе врача-педиатра участкового.	<b>T219</b> ПК-5.3.3 <b>T220</b> ПК-5.3.3	<b>C110</b> ПК-5.3.3
	<b>ПК-5.3.4.</b> Владеет проведением анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного контингента.	<b>T221</b> ПК-5.3.4 <b>T222</b> ПК-5.3.4	<b>C111</b> ПК-5.3.4
	<b>ПК-5.3.5.</b> Владеет предоставлением статистических	<b>T223</b> ПК-5.3.5	<b>C112</b> ПК-5.3.5

	показателей, характеризующих деятельность врача-педиатра участкового.	<b>T224</b> ПК-5.3.5	
	<b>ПК-5.3.6.</b> Владеет ведением медицинской документации, в том числе в электронном виде.	<b>T225</b> ПК-5.3.6 <b>T226</b> ПК-5.3.6	<b>C113</b> ПК-5.3.6
	<b>ПК-5.3.7.</b> Владеет проведением экспертизы временной утраты трудоспособности и оформлением документации при направлении ребенка на медико-социальную экспертизу.	<b>T227</b> ПК-5.3.7 <b>T228</b> ПК-5.3.7	<b>C114</b> ПК-5.3.7

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

## Образцы оценочных средств

### Тестовые задания

**Т1 ОПК-2.1.2.** К УСТНОМУ МЕТОДУ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАЦИЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ

- А. Листовка
- Б. Муляж
- В. \*Беседа
- Г. Буклет

**Т2 ОПК-2.1.2.** ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА НЕОБХОДИМО ПРИВИВАТЬ ДЕТЯМ

- А\* С 2 лет
- Б. С 5 лет
- В. С 10 лет
- Г. С 7 лет

**Т3 ОПК-2.1.8.** АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ ЖИВЫХ ВАКЦИН ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Лихорадка
- Б. Частая респираторная заболеваемость
- В. Иммунодефицитное состояние
- Г.\* Злокачественное новообразование

**Т4 ОПК-2.1.8.** ДЛЯ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. \*Вакцины
- Б. Анатоксины
- В. Токсиканты
- Г. Иммуномодуляторы

**Т5 ОПК-2.1.10.** ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛАКТАЦИОННОГО КРИЗА

- А. 1-2 дня
- Б. \*3-4 дня
- В. 1 месяц
- Г. 3 месяца

**Т6 ОПК-2.1.10.** РЕБЕНКУ 2 НЕДЕЛЬ С МАССОЙ ТЕЛА 3900,0 ГР. ТРЕБУЕТСЯ В СУТКИ \_\_\_\_\_ МЛ ГРУДНОГО МОЛОКА (СМЕСИ)

- А. 700
- Б.\* 780
- В. 800
- Г. 850

**Т7 ОПК-2.1.11.** СМЕСИ НА ОСНОВЕ БЕЛКОВЫХ ГИДРОЛИЗАТОВ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

- А. Лактазной недостаточности
- Б. \*При пищевой аллергии
- В. При гипотрофии 1 ст
- Г. При паратрофии

**Т8 ОПК-2.1.11.** ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИСЛОМОЛОЧНОЙ СМЕСИ ОПРАВДАНО ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА

- А. Лактазной недостаточности
- Б. \*Запоров
- В. Срыгиваний
- Г. Гипотрофии

**T9 ОПК-2.1.12.** НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

- А. Смещаются на месяц позже
- Б. Не отличаются от сроков на естественном вскармливании
- В. \*Смещаются на месяц раньше
- Г. Отличаются незначительно

**T10 ОПК-2.1.12.** ЕСЛИ РЕБЕНОК ИЗБЫТОЧНО ПРИБАВЛЯЕТ В МАССЕ, ТО В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Фруктовое пюре
- Б. \*Овощное пюре
- В. Кашу
- Г. Мясной фарш

**T11 ОПК-2.1.13.** ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ И МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТ СМЕСЬ

- А. С ограничением белков
- Б. \* С увеличенным количеством белков, жиров
- В. На основе гидролизата белка
- Г. С увеличенным количеством жиров, углеводов

**T12 ОПК-2.1.13.** ДЕТЯМ С ЦЕЛИАКИЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ПИТАНИЯ \_\_\_\_\_ ДИЕТУ

- А. Безмолочную
- Б. \*Аглиадиновую
- В. Безуглеводную

Г. Безсолевую

**T13 ОПК-2.1.15.** У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА В АНАМНЕЗЕ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ

- А. Сердца
- Б. \*Почек
- В. Печени
- Г. Легких

**T14 ОПК-2.1.15.** ВЕРОЯТНОСТЬ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С МУКОВИСЦИДОЗОМ В СЕМЬЕ, ГДЕ У ДВОИХ ДЕТЕЙ ДАННЫЙ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДЕН, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ %

- А. 50
- Б. \*25
- В. 75
- Г. 100

**T15 ОПК-2.1.16.** ПРИ КОНТАКТЕ МАТЕРИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ХИМИЧЕСКИМИ РЕАКТИВАМИ ВОЗРАСТАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

- А. \*Врожденного порока сердца

- Б. Внутриутробной инфекции
- В. Синдрома внезапной смерти
- Г. Бронхиальной астмы

**T16 ОПК-2.1.16.** ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ НЕ УЧИТЫВАЮТ

- А. Бытовые условия семьи
- Б. Медико-биологические характеристики семьи
- В. \* Возраст членов семьи
- Г. Материальной состояние семьи

**T17 ОПК-2.1.26.** ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 15 ЛЕТ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФОРМА

- А. 086/у
- Б. 030/у
- В. \* 003/у
- Г. 070/у

**T18 ОПК-2.1.26.** ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 15 ЛЕТ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДПИСАНО

- А. \*Опекуном ребенка
- Б. Любим совершеннолетним сопровождающим
- В. Несовершеннолетним лицом, если он является родственником
- Г. Врачом приемного отделения

**T19 ОПК-2.1.33.** ДЕТАМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМСЯ В ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОРГАНИЗУЕТ

- А. \*Педиатр дошкольных образовательный учреждений
- Б. Участковый педиатр
- В. Врач диагностического центра
- Г. Врач центра восстановительного лечения

**T20 ОПК-2.1.33.** ЦЕНТРАЛЬНОЙ ФИГУРОЙ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Участковый педиатр
- Б. Врач образовательной организации
- В. Врач-специалист узкого профиля
- Г. Медицинская сестра

**T21 ОПК-2.1.37.** ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

- А. \* МЗ РФ № 514н
- Б. МЗ РФ № 1346н
- В. МЗ РФ 366н
- Г. МЗ РФ 1175н

**T22 ОПК-2.1.37.** МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО К МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ВЫДАЕТСЯ СОГЛАСНО ПРИКЗА

- А. МЗ РФ 1122н
- Б. МЗ РФ № 585н
- В. МЗ РФ 366н
- Г. \* МЗ РФ № 514н

**T23 ОПК-2.1.38.** ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДИТСЯ

- А. На 5-6 сутки после выписки из роддома
- Б. На 7-е сутки жизни
- В. \*В первые 3 дня после выписки из роддома
- Г. На 3-4 сутки жизни

**T24 ОПК-2.1.38.** ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР БЫВАЕТ

- А. Гигиеническим
- Б. Диагностическим
- В. Эпидемическим
- Г. \* Периодическим

**T25 ОПК-2.1.39.** ОТКАЗ ОТ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 15 ЛЕТ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ФОРМЕ ПРИЛОЖЕНИЯ К ПРИКАЗУ

- А. МЗ РФ 366н
- Б. МЗ РФ № 585н
- В. \* МЗ РФ 1051н
- Г. МЗ РФ № 514н

**T26 ОПК-2.1.39.** ПРИ ОТСУТСТВИИ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ НА ПРИЕМЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 15 ЛЕТ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАПОЛНЯЕТ

- А. Участковый педиатр
- Б. Комиссия в составе участкового педиатра и зав. амбулаторией
- В. \* Сам несовершеннолетний
- Г. Комиссия в составе участкового педиатра и участковой медсестры

**T27 ОПК-2.1.40.** ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ИХ РОДИТЕЛИ ИЛИ

- А. Усыновители
- Б. \* Усыновители, опекуны, попечители
- В. Бабушки и дедушки
- Г. Родные дяди и тети

**T28 ОПК-2.1.40.** КРИТЕРИЙ ДОСТУПНОСТИ В ДОБРОВОЛЬНОМ ИНФОРМИРОВАННОМ СОГЛАСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. \* Изложении информации в адаптивном для пациента, родителей (опекунов) формате, расшифровке медицинских терминов
- Б. Описанием причин оказания медицинской помощи
- В. Предоставлением возможности пациенту выбрать медицинского работника, который будет осуществлять медицинское вмешательство

Г. Общая информация о медицинском вмешательстве и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи

**T29 ОПК-2.1.42. ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ**

А. \*(Числа детей первого 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 выписки из роддома, к общему числу новорожденных)  $\times 100\%$

**T30 ОПК-2.1.42. КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ПО НОРМАТИВАМ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ \_\_\_\_\_ ЧЕЛОВЕК**

А. 600

Б. 400

В. \* 800

Г. 500

**T31 ОПК-2.1.43. ОШИБОЧНО СДЕЛАННАЯ ЗАПИСЬ В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ**

А. Заклеивается

Б. Замазывается штрихом

В. Замарывается ручкой

Г. \*Зачеркивается одной линией

**T32 ОПК 2.1.43. ПРОВЕРКУ СОБЛЮДЕНИЯ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ, ПРОДЛЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

А. Министерство здравоохранения РФ

Б. Пенсионный фонд РФ

В. Фонд обязательного медицинского страхования РФ

Г. \*Фонд социального страхования РФ

**T33 ОПК-2.2.1. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО**

А. Занятия физической культурой

Б. Перечень мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья

В. \*Индивидуальная система поведения, направленная на сохранение и укрепление здоровья

Г. Лечебно-оздоровительный комплекс мероприятий

**T34 ОПК-2.2.1. ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ШКОЛЬНИКА, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

А. ЛФК в течение 6-12 мес, затем занятия в специальной физкультурной группе на весь период обучения

Б. \*ЛФК в течение 3-6 мес, затем занятия в специальной физкультурной группе; через 2 года - в подготовительной группе

В. Освобождение от занятий физкультурой на все время обучения, курсы ЛФК 2-4 раза в год

Г. Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, курсы ЛФК 2-4 раза в год



**Т35 ОПК-2.2.3.** ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ В «ШКОЛЕ МОЛОДЫХ РОДИТЕЛЕЙ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В КАБИНЕТЕ

- А. Здоровое детство
- Б. Участкового педиатра
- В. \* Здорового ребенка
- Г. Центре здоровья

**Т36 ОПК-2.2.3.** КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ АМБУЛАТОРИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ РОДИТЕЛЕЙ МЕТОДИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПО ВОПРОСАМ

- А. \*Развития и воспитания здорового ребенка
- Б. Методов диагностики инфекционных заболеваний
- В. Лечения неинфекционных заболеваний
- Г. Профилактических осмотров детей

**Т37 ОПК -2.2.6.** КОНТРОЛЬНОЕ КОРМЛЕНИЕ РЕБЕНКА ПРОВОДЯТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А. Массы тела
- Б. \*Количества высосанного молока
- В. Количества прикорма
- Г. Количества докорма

**Т38 ОПК-2.2.6.** Преимущество грудного молока перед коровьим заключается в

- А. Высоком содержании белка
- Б. Оптимальном содержании витаминов
- В. Высокой калорийности
- Г. \* Оптимальном соотношении пищевых веществ

**Т39 ОПК-2.2.7.** СМЕСИ, ОБОГАЩЕННЫЕ СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫМИ ТРИГЛИЦЕРИДАМИ, ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- А. \*Синдроме мальабсорбции
- Б. Аллергии к белкам коровьего молока
- В. Ожирении
- Г. Рахите

**Т40 ОПК-2.2.7.** СМЕСИ, НЕ СОДЕРЖАЩИЕ ФЕНИЛАЛАНИН ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- А. Галактоземии
- Б. Аллергии к белкам коровьего молока
- В. \*Фентлкетонурии
- Г. Лактазной недостаточности

**Т41 ОПК-2.2.13.** РЕБЕНОК, ПЕРЕНЕСШИЙ ТЯЖЕЛЫЙ МИОКАРДИТ С ПОДОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ, ПОДЛЕЖИТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ СРОКОМ ДО

- А. 1 года
- Б. 3 лет
- В. \*5 лет
- Г. достижения возраста 18 лет

**Т42 ОПК-2.2.13.** ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ДЖВП УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ

- А. 1 раз в мес

- Б. 1 раз в 2 мес
- В. 1 раз в 3 мес
- Г. \*1 раз в 6 мес
- Д.

**T43 ОПК-2.2.36.** ЗА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АТАКУ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ, В ПОЛИКЛИНИКЕ ОТВЕЧАЕТ

- А. Физиотерапевт
- Б. \*Участковый педиатр
- В. Кардиоревматолог
- Г. Врач лфк

**T44 ОПК-2.2.36.** ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА

- А. \*Предотвращение осложнений и улучшение качества жизни у лиц, уже имеющих заболевание
- Б. Раннее выявление заболеваний
- В. Предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний
- Г. Уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов

**T45 ОПК-2.3.1.** КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН НАГЛЯДНЫМИ ПОСОБИЯМИ

- А. Оказания сердечно-легочной реанимации
- Б. Средств ухода за больными детьми различного возраста
- В.\* Средств ухода за новорожденными и детьми грудного возраста
- Г Лекарственных препаратов для детей различных возрастных групп

**T46 ОПК-2.3.1.** ПРИ ВТОРИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ

- А. Назначают гормональные препараты (пролактин)
- Б. \*Устраняют причины, вызвавшие ее развитие
- В. Назначают препараты, уменьшающие аппетит
- Г. Переводят ребенка на искусственное вскармливание

**T47 ОПК-2.3.3.** ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ

- А. 1 раз в 6 месяца
- Б. \*1 раз в 3 месяца
- В. Ежемесячно
- Г. По необходимости

**T48 ОПК-2.3.3.** НОВОРОЖДЕННЫЕ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А. I
- Б. \*IIА
- В. IIВ
- Г. III

**T49 ОПК-2.3.5.** ПРИНЦИП САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

- А. Научность
- Б. Полноценность
- В. Доступность

Г\*. Использование средств массовой информации

**T50 ОПК-2.3.5** ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

А. \*Диету, режим, витаминизацию, санаторно-курортное лечение, организацию спортивных мероприятий

Б. Диету, санаторно-курортное лечение, организацию спортивных мероприятий

В. Санацию носоглотки, санаторно-курортное лечение, организацию спортивных мероприятий

Г. Реабилитацию, санаторно-курортное лечение

**T51 ОПК-2.3.6.** ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ В \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ

А. 1

Б. \*3

В. 6

Г. 12

**T52 ОПК-2.3.6.** ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕИМУЩЕСТВО СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ

А. Овощным пюре

Б. Кашам промышленного производства, обогащенных минеральными веществами

В. Кисломолочным продуктам

Г. \*Детским мясным консервам

**T53 ОПК-2.3.32.** ДЕТЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМСЯ В ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОРГАНИЗУЕТ

А. \*Педиатр детского образовательного учреждения

Б. Участковый педиатр

В. Врач диагностического центра

Г. Врач отделения восстановительного лечения детской поликлиники

**T54 ОПК-2.3.32.** ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ СНИМАЮТ С УЧЕТА ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ

А. Аллерголога

Б. \* Пульмолога

В. Педиатра

Г. Лор-врача

**T55 ОПК-2.3.38.** ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_ %

А. 50

Б. 80

В. \*95

Г. 100

**T56 ОПК-2.3.38.** ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ДО 2 ЛЕТ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н

УЧИТЫВАЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, ДАВНОСТЬ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ \_\_\_\_ МЕС.

- А. \*1
- Б. 2
- В. 6
- Г. 12

**Т57 ОПК-2.3.39.** ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А. Общее число зарегистрированных в данном году заболеваний
- Б.\*Число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах
- В. Число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году
- Г. Число заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году

**Т 58 ОПК-2.3.39.** ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ – ЭТО КОЛИЧЕСТВО

- А. Выявленных у детей в отчетном году заболеваний дыхательной системы
- Б. \*Впервые выявленных у детей в отчетном году заболеваний дыхательной системы
- В. Выявленных у детей в отчетном году осложнений заболеваний дыхательной системы
- Г. Детей, пролеченных в пульмонологических стационарах отчетном году

**Т59 ОПК-4.1.2.** ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- А. Протеинограмму
- Б. Титр асло
- В.\*Сывороточный ферритин
- Г. Трансаминазы

**Т60 ОПК-4.1.2.** ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

- А. \*УЗИи желчного пузыря
- Б. Общий анализ крови
- В. Фиброэзофагогастродуоденоскопия
- Г. Анализ мочи на уробилин

**Т61 ОПК-4.2.1.** БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЖАЛОВАЛСЯ НА СЛАБОСТЬ , ПОТЛИВОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ И ВПАЛ В \_\_\_\_\_ КОМУ.

- А. Кетоацидотическую
- Б. \*Гипогликемическую
- В. Гиперосмотическую
- Г. Лактатцидотическую

**Т62 ОПК-4.2.1** ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. Ультразвуковое исследование брюшной полости
- Б. Ирриграфию
- В. Пальцевое ректальное исследование
- Г. \*Фиброколоноскопию с биопсией слизистой оболочки

**Т63 ОПК-4.3.1. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А. С помощью стетофонендоскопа
- Б. Вначале правой, затем левой рукой
- В. Двумя руками между лопаток
- Г. \*Двумя руками на симметричных участках грудной клетки

**Т64 ОПК-4.3.1. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Спинномозговая пункция
- Б. Рентгенография черепа
- В.\* Нейросонография
- Г. Компьютерная томография

**Т65 ОПК-6.1.3. ПО ОБЩЕЙ НОРМЕ ПАЦИЕНТОМ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПОДПИСЫВАЕТСЯ ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

- А. С 17 лет
- Б.\* С 15 лет
- В. С 16 лет
- Г. С 18 лет

**Т66 ОПК-6.1.3. В ИНФОРМИРОВАННОМ ДОБРОВОЛЬНОМ СОГЛАСИИ НА ВАКЦИНАЦИЮ ДО РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) ДОНОСИТСЯ ИНФОРМАЦИЯ**

- А. О том, что профилактическая прививка - это необязательная дополнительная профилактика определенного инфекционного заболевания
- Б.\* О необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее
- В. О необходимости медицинского осмотра минимум за 2 недели перед проведением вакцинации
- Г. О том, что вакцинация проводится только по эпидпоказаниям

**Т67 ОПК-6.1.14. ПОКАЗАНИЯМИ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. Наличие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому
- Б. Необходимость изоляции больного в связи с текущим инфекционным процессом
- В.\* Необходимость проведения дезинтоксикационной терапии, нормализации показателей крови
- Г. Необходимость проведения пациенту системной антибактериальной терапии

**Т 68 ОПК-6.1.14. В КОМПЛЕКСНОЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НЕ ВХОДИТ**

- А. Диета
- Б. Физиотерапия
- В. ЛФК
- Г. \*Курсы медикаментозного противорецидивного лечения

**Т69 ОПК-8.1.3. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- А. Ограничение физических нагрузок
- Б. Ограничение психических травм
- В. Профилактику инфекционных заболеваний
- Г.\* Лечебную физкультуру

**Т70 ОПК-8.1.3. ПРАВО НА РЕАБИЛИТАЦИЮ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА УТВЕРЖДЕНО ПРИКАЗОМ МЗ РФ № 379Н В ФОРМЕ**

- А. Карты диспансеризации ребенка-инвалида
- Б. Плана наблюдения за ребенком-инвалидом
- В. Учетной карты ребенка-инвалида
- Г. \* Индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида

**Т71 ОПК-8.1.8. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ №**

- А.1175н
- Б. 624н
- В. \*1029н
- Г. 1346н

**Т72 ОПК-8.1.8. ПЕРЕД ПОЕЗДКОЙ В САНАТОРИЙ РЕБЕНКУ ОФОРМЛЯЕТСЯ ФОРМА**

- А. \*076/у
- Б. 026/у
- В. 030/у
- Г. 058/у

**Т73 ОПК-8.2.4. ДОКУМЕНТАЦИЮ, КОТОРУЮ ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГРУППЫ РИСКА НОВОРОЖДЕННОГО - ЭТО**

- А.\* ф.063/у;
- Б. Ф.030/у;
- В. Ф.112/у;
- Г. Ф.058/у

**Т74 ОПК-8.2.4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. \*Аллергическая реакция на лекарственный препарат
- Б. Истероидный тип нервной системы
- В. Периоды новорожденности, грудного и раннего возраста
- Г. Острая фаза заболевания

**Т75 ОПК-8.2.10. ПОТРЕБНОСТЬ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ**

- А. Медицинская сестра
- Б.\*Врач-педиатр
- В. Инструктор ЛФК
- Г. Младший медицинский персонал

**Т76 ОПК-8.2.10. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- А. Два этапа
- Б. Три этапа
- В. \*Четыре этапа
- Г. Зависит от тяжести состояния пациента

**Т77 ОПК-8.3.3. ПОСТУРАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ И ВИБРАЦИОННЫЙ МАССАЖ ПРИБРОНХИОЛИТЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ**

- А. Улучшении состояния больного
- Б. В первые два дня болезни
- В.\* После выписки из стационара

Г. В первые 5 дней болезни

**Т 78 ОПК-8.3.3. ЗАДАЧАМИ ЛФК НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. Профилактика ателектазов
- Б. Рассасывание экссудата
- В. \*Уменьшение дыхательной недостаточности
- Г. Уменьшение кашля

**Т79 ОПК-8.3.11. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ**

- А. Адаптацию жилого помещения
- Б. Восстановление психологических способностей
- В. \*Создание адекватных условий обучения
- Г. Формирование новых навыков полноценной жизни

**Т80 ОПК-8.3.11. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА ИНВАЛИДА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ**

- А. Адаптацию жилого помещения
- Б. Восстановление психологических способностей
- В. \*Создание адекватных условий обучения
- Г. Формирование новых навыков полноценной жизни

**Т81 ПК-1.1.2. У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ С ОЛИГУРИЕЙ, АНЕМИЕЙ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, РАЗВИЛСЯ**

- А. \*Гемолитико-уремический синдром
- Б. Острый гломерулонефрит
- В. Острый пиелонефрит
- Г. Острый лейкоз

**Т82 ПК-1.1.2. К ПЕРЕЧЕНЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСЯТСЯ**

- А. \*ЭХО-КГ
- Б. Реоэнцефалография
- В. Холтеровское мониторирование
- Г. Компьютерная томография

**Т83 ПК-1.1.7. РЕНТГЕННЕГАТИВНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРОЯВИТ СЕБЯ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО**

- А. Усилением легочного рисунка
- Б. «Воздушной бронхограммой»
- В. Отсутствием изменений
- Г. \*Односторонней эмфиземой

**Т84 ПК -1.1.7. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ**

- А. \*Исследование исходного вегетативного тонуса
- Б. ЭКГ
- В. Проведение клино-ортостатической пробы

Г. Проведение кардиоинтервалографии

**T85 ПК-1.1.8.** У РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПОРАЖЕНИЯ МОЛНИЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ И СУДОРОГИ ПРИ СОХРАНЕННОМ ДЫХАНИИ И СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ

- А. I
- Б. \*II
- В. III
- Г. IV

**T86 ПК-1.1.8.** ПОСЛЕ ПРЕБЫВАНИЯ НА СОЛНЦЕ У РЕБЕНКА ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА, РВОТА, ТЕМПЕРАТУРА 38<sup>0</sup>С, ОБИЛЬНОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ТАХИКАРДИЯ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ ТЕПЛОВОГО УДАРА

- А. Легкой
- Б. Средней\*
- В. Тяжелой
- Г. Очень тяжелой

**T87 ПК-1.1.9.** КОДЫ МКБ ПОЗВОЛЯЮТ

- А. \*В любой стране понять, что с пациентом
- Б. Оценить финансовые затраты
- В. Сравнить уровень здравоохранения в разных странах
- Г. Определять причины смертности

**T88 ПК-1.1.9.** БРОНХИ, БРОНХИОЛЫ И АЛЬВЕОЛЫ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ ПРИ

- А. Гриппе
- Б. Аденовирусной инфекции
- В\* РС-инфекции
- Г. Парагриппе

**T89 ПК-1.2.7** ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ РЕБЕНОК

- А. Испытывает страх
- Б. Не может говорить фразами
- В. Жалуется на боль в груди
- Г. \*Сидит, с упором на руки

**T90 ПК-1.2.7** ПОЯВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ СУДОРОГ, ЗАТРУДНЁННОГО ДЫХАНИЯ, ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ, ГИПЕРФОСФАТЕМИИ, УДЛИНЕНИЯ ST И QT НА ЭКГ ГОВОРИТ О РАЗВИТИИ

- А. \*Гипокальциемического криза
- Б. Рахита
- В. Кардиопатии
- Г. Гиперпаратиреозе

**T91 ПК-1.2.8** ДЛЯ ДИАГНОЗА «МУКОВИСЦИДОЗ» ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОТОВОГО ТЕСТА

- А. \*Достаточен для постановки диагноза
- Б. Недостаточен для постановки диагноза, требуется генетическая идентификация аномалии



В. Недостаточен для постановки диагноза, требуется определить функцию поджелудочной железы

Г. Недостаточен для постановки диагноза, требуется исследовать функцию внешнего дыхания

**T92 ПК-1.2.8. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ АНЕМИИ**

А. Гемолитической

Б. Белководефицитной

В.\* Апластической

Г. Железодефицитной

**T93 ПК-1.2.9 У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ЛИМФОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ**

А. \*Должно быть равным

Б. В пользу нейтрофилов

В. В пользу лимфоцитов

Г. Может быть любым

**T94 ПК-1.2.9 ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОСТИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧАЕТ**

А. Рентгенографию желудка

Б. Электрогастрографию

В. \*Уреазный тест

Г. Копрологическое исследование

**T95 ПК-1.2.10. ДЕТЯМ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ НАБЛЮДЕНИЕ**

А. Педиатра 3 патронажа на 1 месяце

Б.\* Медицинской сестры до 14 дня ежедневно, затем 2 раза в неделю

В. Окулиста в 1,2,6,12 месяцев

Г. Ортопеда

**T96 ПК-1.2.10. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ**

А. \*Эндокринологом

Б. Эпидемиологом

В. Ортопедом

Г. Урологом

**T97 ПК-1.2.11. РЕБЕНОК 10 МЕСЯЦЕВ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ**

А. Может лечиться на дому

Б. \*Должен быть направлен в стационар по возрасту

В. Должен быть направлен в стационар т.к. все пневмонии лечат в стационаре

Г. Должен быть направлен в стационар т.к. нуждается в постоянном наблюдении персонала

**T98 ПК-1.2.11. РЕБЕНКА СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛОРИНГОТРАХЕИТОМ ПСТЕПЕНИ СЛЕДУЕТ**

А. Оставить дома, назначив лечение и актив по скорой помощи

Б.\* Госпитализировать в реанимационное отделение

В. Госпитализировать в лор - отделение

Г. Госпитализировать в отделение респираторной патологии

**T99 ПК-1.2.12. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПУЛЬСОКСИМЕТРА ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТ**

- А. На двух руках
- Б. На всех пальцах
- В. На одном пальце левой руки
- Г. \*На любом пальце

**T100 ПК-1.2.12. В ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА НЕ ВХОДИТ**

- А. Проведение патронажа новорожденного на дому
- Б. Проведение родового патронажа
- В. Оформление направления на госпитализацию
- Г. \*Проведение дезинфекции в инфекционном очаге

**T101 ПК-1.3.5. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПО ОТНОШЕНИЮ К НОВОРОЖДЕННЫМ С ГИПОТРОФИЕЙ II-III СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ**

- А. Лечение на дому (после консультации заведующего отделением)
- Б.\* Госпитализацию
- В. Наблюдение
- Г. Консультацию гастроэнтеролога

**T102 ПК-1.3.5. РЕБЕНОК НУЖДАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, ЕСЛИ У НЕГО**

- А. Жалобы на полиурию, полидипсию и запах ацетона
- Б. Тощаковая гликемия более 7,1 ммоль/л
- В. \*Тощаковая гликемия более 5,5 ммоль/л, но менее 6,1 ммоль/л
- Г. Выявлен сахар в моче

**T103 ПК-1.3.6 РЕБЕНКУ ПОЛУТОРА ЛЕТ С «РОЗОВОЙ» ЛИХОРАДКОЙ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ 38,1°C СЛЕДУЕТ**

- А. \* Назначить жаропонижающую терапию энтерально
- Б. Не следует назначать жаропонижающую терапию
- В. Следует назначить жаропонижающую терапию парентерально
- Г. Следует применить физические методы охлаждения

**T104 ПК-1.3.6 У РЕБЕНКА С ТЕМПЕРАТУРОЙ 38,5°C, С ОЗНОБОМ, БЛЕДНЫМИ ХОЛОДНЫМИ КОНЕЧНОСТЯМИ РАЗВИЛАСЬ**

- А. \* «Белая» лихорадка
- Б. «Розовая» лихорадка
- В. «Красная» лихорадка
- Г. Острая надпочечниковая недостаточность

**T105 ПК-1.3.7 ВНЕЗАПНОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ, БЛЕДНОСТЬ, ХОЛОДНЫЙ ПОТ, УЧАЩЕННОЕ ДЫХАНИЕ, ТАХИКАРДИЯ, СНИЖЕНИЕ АД ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- А. Острой надпочечниковой недостаточности
- Б. Сердечной недостаточности
- В. \*Коллапса
- Г. Обморока

**T106 ПК-1.3.7** КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В ВИДЕ ГИПЕРТРОФИИ КЛИТОРА И БОЛЬШИХ ПОЛОВЫХ ГУБ ПРИ РОЖДЕНИИ, УСКОРЕНИЯ РОСТА, РАННЕГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПО МУЖСКОМУ ТИПУ СООТВЕТСТВУЮТ

- А. Синдрому Дауна
- Б. \*Адреногенитальному синдрому
- В. Синдрому Шерешевского –Тернера
- Г. Гипофизарному нанизму

**T107 ПК-2.1.2.** ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРОВОДИТСЯ

- А. Азитромицином
- Б. Эритромицином
- В.\*Бициллином
- Г. Цефазолином

**T 108 ПК-2.1.2.** ДОЗА БИЦИЛЛИНА-5 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА У ШКОЛЬНИКОВ СОСТАВЛЯЕТ

- А. 500 тыс. ЕД 1 раз в неделю
- Б. 500 тыс. ЕД 1 раз в 2 недели
- В. 1,5 млн ЕД 1 раз в 2 недели
- Г. \*1,5 млн ЕД 1 раз в 4 недели

**T 109 ПК-2.1.5.** ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- А. \*12–24 месяца
- Б. 3–6 месяцев
- В. 9–11 месяцев
- Г. Чем дольше, тем лучше

**T110 ПК-2.1.5.** ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД РАСЧЕТ ПИТАНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- А.\* На фактический вес
- Б. Белки, углеводы – на фактический, жиры – на долженствующий вес
- В. Белки, жиры – на долженствующий вес, углеводы – на фактический
- Г. На долженствующий вес

**T111 ПК-2.1.7** ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ПРИ КОТОРОМ РЕБЕНОК 10 ЛЕТ СИДИТ, ОПИРАЯСЬ РУКАМИ, РАЗГОВАРИВАЕТ КОРОТКИМИ ФРАЗАМИ, ИМЕЕТ ТАХИКАРДИЮ 150 УД/МИН СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ, КАК

- А. Тяжелый
- Б. Легкий
- В. \*Среднетяжелый
- Г. Статус

**T112 ПК-2.1.7** ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Адреналин
- Б. Гидрокортизон
- В. Димедрол
- Г. Морфин

**T113 ПК-2.1.8. ПАЛЛИАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ МОЖНО ОКАЗЫВАТЬ**

- А.\* В амбулаторных условиях
- Б. В санаторно-оздоровительных центрах
- В. В стационарных условиях
- Г. На дому

**T114 ПК-2.1.8 МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, УТВЕЖДЕННАЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ №193н, ВКЛЮЧАЕТ**

- А. Выездную патронажную службу + амбулаторную помощь в поликлиниках + хоспис
- Б. \*Выездную патронажную службу + отделения (койки) + хоспис
- В. Отделения (койки) + амбулаторную помощь в поликлиниках + хоспис
- Г. Амбулаторную помощь в поликлиниках + хоспис

**T115 ПК-2.2.1. ПРИ ГЕМОФИЛИИ Ф ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А. \*Крипреципитат или свежезамороженную плазму
- Б. Викасол
- В. Дицинон
- Г. Консервированную кровь или нативную плазму

**T 116 ПК-2.2.1. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5°C НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА \_\_\_\_\_ МГ/КГ**

- А. 5-8
- Б. 9-12
- В. \*10-15
- Г. 20-25

**T117 ПК-2.2.2. ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ РАСЧЕТ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ ПРОВОДИТСЯ**

- А. На фактический вес
- Б. Белки, углеводы – на фактический, жиры – на долженствующий вес
- В. Белки, жиры – на долженствующий вес, углеводы – на фактический
- Г.\*На долженствующий вес

**T 118 ПК-2.2.2. К ОСОБЕННОСТЯМ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА МОЖНО ОТНЕСТИ**

- А. Исключение перекусов
- Б. Запрещение рыбных и мясных блюд
- В. Запрещение молочных продуктов
- Г. \*Необходимость дополнительных приемов пищи

**119 ПК-2.2.5. ПРИ ВЫВЕДЕНИИ РЕБЕНКА С ДИАБЕТОМ ИЗ КЕТОАЦИДОЗА ПЕРВЫМ ВВОДЯТ**

- А. Физраствор
- Б. Глюкозу
- В. Инсулин
- Г. \*Инсулин и физраствор одновременно

**T120 ПК-2.2.5. РЕБЕНКУ В ОБМОРОКЕ СЛЕДУЕТ**

- А. Ввести адреналин

- Б. \*Поднести к носу нашатырный спирт
- В. Укутать
- Г. Придать полулежачее положение

**T121 ПК-2.3.1. ЛЕЧЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО НА 7 ДЕНЬ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Увлажненный кислород
- Б. Искусственная вентиляция легких
- В. Дренирование плевральной полости
- Г.\* Лобэктомия

**T122 ПК-2.3.1 ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ И ОТЕКЕ КВИНКЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А. \*Антибактериальные препараты
- Б. Антигистаминные препараты I поколения
- В. Антигистаминные препараты II поколения
- Г. Системные глюкокортикостероиды

**T123 ПК-2.3.2. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОРВИ НАЧИНАЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЯ:**

- А. Антибиотиков
- Б. Муколитиков
- В\* Лейкоцитарного интерферона
- Г. Эуфиллина

**T124 ПК-2.3.2 В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А. \*Диетотерапию
- Б. Анорексигенные препараты
- В. Метод бандажирования желудка
- Г. Липосакцию

**T125 ПК-2.3.5. ПРИ РАЗВИТИИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А. Введения сердечных гликозидов
- Б. \*Дачи кислорода
- В. Введения эуфиллина
- Г. Введения дексаметазона

**T126 ПК-2.3.5 АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОС ИЛИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Унитиол
- Б. Ацетилхолин
- В. \*Атропин
- Г. Аскорбиновая кислота

**T127 ПК-3.1.1 ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ, ПРИ КОТОРОМ РЕБЕНОК МОЖЕТ БЫТЬ ОТНЕСЕН К ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ДЕТСТВА - ЭТО**

- А. Иммунная нейтропения
- Б.\*Гемофилия
- В. Гетероиммунная гемолитическая анемия
- Г Тромбоцитопения

**T128 ПК-3.1.1** ПРИ ТЕКУЩЕМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО ВЕРИФИЦИРУЕТ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А. Полиурия\*
- Б. Субфебрилитет
- В. Мышечная гипотония
- Г. Никтурия

**T129 ПК-3.1.3.** МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МЗ РФ № 379Н, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. \*Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида
- Б. План наблюдения за ребенком-инвалидом
- В. Карта диспансеризации ребенка-инвалида
- Г. Определение реабилитационного прогноза

**T130 ПК-3.1.3.** К ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТ

- А. \*Улучшение и облегчение бытовых условий
- Б. Развитие физических навыков
- В. Организация досуга
- Г. Участие в соревнованиях

**T131 ПК-3.1.4.** ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКОЙ У РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. \*Температура тела выше 38°
- Б. Одышка при физической нагрузке
- В. Затрудненный выдох
- Г. Рассеянные сухие хрипы

**T132 ПК-3.1.4.** ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЮТ

- А. Аэрофитотерапию
- Б. Интервальную гипокситерапию
- В. Амплипульстерапию
- Г\* Дыхательную гимнастику

**T133 ПК-3.1.6** РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, НА МЕДИКОСОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВРАЧ-ПЕДИАТР (ПУЛЬМОНОЛОГ, АЛЛЕРГОЛОГ) НАПРАВЛЯЕТ

- А \*При наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой
- Б. При наличии у него тяжелой персистирующей бронхиальной астмы
- В. Поскольку у него поставлен диагноз «бронхиальная астма»
- Г Так как ребенок нуждается в постоянном приеме лекарственных препаратов

**T134 ПК-3.1.6.** НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА 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

**T135 ПК-3.1.7. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ**

- А. Электрофорез гиалуронидазы, парафиновые аппликации, ультрафонофорез гидрокортизона
- Б. Электросонтерапию, грязелечение, прохладные души
- В. Ультразвуковую терапию, низкочастотное магнитное поле, циркулярный душ
- Г. \*Общие ультрафиолетовые облучения, ингаляции фитонцидов, ультрафиолетовые облучения носоглотки

**T136 ПК-3.1.7. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ**

- А. Путевка в санаторий
- Б. \*Справка о материальном обеспечении
- В. Выписка из истории развития ребенка
- Г. Справка об отсутствии педикулёза и контакта с инфекционными больными

**T137 ПК-3.2.2. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД**

- А. От 6 мес. до 5 лет
- Б. \*1–2 года
- В. 3–4 года
- Г. До 18 лет

**T138 ПК-3.2.2. ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- А. \*Учреждениями социальной защиты населения
- Б. Лечебными учреждениями
- В. Федеральным бюро медико-социальной экспертизы
- Г. Благотворительными организациями

**T139 ПК-3.2.3. МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ У ДЕТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ОСТРОГО БРОНХИТА И ПНЕВМОНИИ, С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНАЖНОЙ ФУНКЦИИ БРОНХОВ- ЭТО**

- А. \*Вибрационный массаж
- Б. Прием бронхолитиков
- В. Лечебная физкультура
- Г. Интервальная гипокситерапия

**T140 ПК-3.2.3. РЕКОМЕНДОВАННЫМ ФИЗИТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ РЕБЕНКУ 15 ЛЕТ, КОТОРЫЙ БОЛЕН 3-Е СУТКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ОЧАГОВОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

- А. Электросон
- В. \*УВЧ
- В. Индуктотермия
- Г. Грязелечение

**T141 ПК- 3.2.5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ на САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А\* Недостаточность кровообращения II-III степени
- Б. Недостаточность кровообращения I степени
- В. Отсутствие недостаточности кровообращения
- Г. Клинико-лабораторная ремиссия

**T142 ПК-3.2.5. САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА ОФОРМЛЯЕТСЯ ПО ФОРМЕ**

- А. 070/у-04
- Б. \*072/у-04
- В. 044/у
- Г. 095/у

**T143 ПК-3.2.6. ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ В ПЕДИАТРИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКИ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. \* Бициллин-5
- Б. Амоксициллин
- В. Клацид
- Г. Вольтарен

**T144 ПК-3.2.6. ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПРИ ПНЕВМОНИИ МАССАЖ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ**

- А. Лежа на спине
- Б. Горизонтальном, на руках у матери
- В. Лежа на животе
- Г.\*Вертикальном, на руках у матери

**T145 ПК-3.3.1 ЦЕЛИАКИЯ**

- А. Развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни
- Б. Приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
- В. Спонтанно излечивается после 2 года жизни
- Г. \*Сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника

**T146 ПК-3.3.1 ГЛУХОЙ РЕБЕНОК ИМЕЕТ СТАТУС**

- А. Инвалида
- Б. Ребенка с ограниченными возможностями здоровья
- В. \*Инвалида и ребенка с ограниченными возможностями здоровья
- Г. Ребёнка с ограниченной жизнедеятельностью

**T147 ПК-3.3.2. ПРИ КАРАНТИНЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 7 ЛЕТ, ПОСЕЩАЮЩИМ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

- А. Не выдается
- Б.\*Выдается одному из работающих членов семьи на весь период карантина
- В. Выдается одному из работающих членов семьи на 7 дней
- Г. Выдается одному из работающих членов семьи на 10 дней

**T148 ПК-3.3.2 ЕВРОПЕЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ВЫДЕЛЯЕТ**

- А. 2 группы больных
- Б. 3 группы больных
- В. \* 4 группы больных
- Г. 5 групп больных

**T149 ПК-3.3.3. СЛУЖБА МСЭ ВЫДАЕТ РЕБЕНКУ-ИНВАЛИДУ**

- А Направление на госпитализацию
- Б. \*Акт освидетельствования
- В. Выписной эпикриз



Г. Рекомендации школьному врачу

**T150 ПК-3.3.3. ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ**

- А. \*Педагогические, психологические мероприятия
- Б. Медицинскую реабилитацию
- В. Общациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
- Г. Технические, профессиональные и социальные мероприятия

**T151 ПК-3.3.4 ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

- А. Оформление ребенку статуса «ребенок-инвалид»
- Б. Проведение лицензирования и аккредитации
- В. Проведение патолого-анатомических вскрытий
- Г.\* Направление на медико-социальную экспертизу

**T152 ПК-3.3.4 РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕБЕНКА - ЭТО КОМПЛЕКС \_\_\_\_\_, ПОЗВОЛЯЮЩИХ В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СТЕПЕНИ РЕАЛИЗОВАТЬ ЕГО ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ**

- А. \*Биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов
- Б. Социально-психологических факторов
- В. Социально-средовых факторов
- Г. Нервно-психических характеристик, а также социально-психологических факторов

**T153 ПК-3.3.5 СОГЛАСНО ВОЗ ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ОКАЗЫВАЕТСЯ**

- А. Если ребенок не получает специальное лечение
- Б. \*Если ребенок получает специальное лечение
- В. Независимо от того, получает или нет ребенок специальное лечение
- Г. В зависимости от характера лечения

**T 154 ОПК-3.3.5. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРАЧ ЗАПОЛНЯЕТ ФОРМУ**

- А. 086/у
- Б. \* 088/у
- В. 076/у
- Г. 106 У

**T155 ПК-3.3.6 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В САНАТОРИЯХ ДЕТЕЙ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ**

- А.\*45-60 дней
- Б. 20-30 дней
- В. Не более 15-20 дней
- Г. Не более 2-х недель

**T156 ПК-3.3.6 К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯ**

- А. Болезни крови (класс III по МКБ-10)
- Б. Туберкулез в неактивной стадии
- В. \*Паразитарные заболевания
- Г. Хронический гастродуоденит

**T157 ПК-4.1.2.** ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО

- А. Года
- Б. 7 лет
- В. 10 лет
- Г. \*18 лет

**T158 ПК-4.1.2.** ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

- А. \*Заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
- Б. Старшую медицинскую сестру
- В. Педиатра
- Г. Физиотерапевта

**T159 ПК-4.1.6.** ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

- А. Гречневой
- Б. \*Пшеничной
- В. Рисовой
- Г. Кукурузной

**T160 ПК-4.1.6.** СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ

- А. 4-6
- Б.\* 5-6
- В. 7-8
- Г. 8-10

**T161 ПК-4.1.7.** ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ РЕБЕНКА В ОРГАНИЗОВАННЫЙ ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ ПРОВОДИТСЯ \_\_\_\_\_ ОСМОТР

- А.\* Профилактический
- Б. Предварительный
- В. Периодический
- Г. Диагностический

**T162 ПК-4.1.7.** КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- А. \*Стадии заболевания
- Б. Вида заболевания
- В. Осложнений заболевания
- Г. Вида сопутствующей патологии

**T163 ПК-4.1.9.** НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫМ В РОДДОМЕ ДЕТЯМ ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ БЦЖ НЕОБХОДИМА ПОСТАНОВКА ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ, НАЧИНАЯ С \_\_\_\_ МЕС. ЖИЗНИ

- А. 12
- Б. 1
- В.\* 2
- Г. 4

**T164 ПК-4.1.9.** ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОНОШЕННОСТЬ ПРИ МАССЕ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ \_\_\_\_ Г

- А. \* 2500
- Б. 2600
- В. 2700
- Г. 2800

**T165 ПК-4.1.10.** АЛЛЕРГИЯ К ДРОЖЖАМ – ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ВВЕДЕНИЮ

- А. Оральной полиомиелитной вакцины
- Б. \*Вакцины против гепатита В
- В. БЦЖ
- Г. АКДС

**T166 ПК-4.1.10.** ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ПЕДИАТРА И

- А. \*Термометрию
- Б. Клинический анализ крови
- В. Общий анализ мочи
- Г. Исследование на яйца гельминтов

**T167 ПК-4.1.11.** БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

- А. II, III, V
- Б. I, III, IV
- В. \* III, IV, V
- Г. II, III, IV

**T168 ПК-4.1.11** ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А. III
- Б. \*II
- В. IV
- Г. I

**T169 ПК-4.1.12.** БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

- А. Основной
- Б. Подготовительной
- В. \*Специальной
- Г. Лечебной

**T170 ПК-4.1.12.** РЕБЕНОК С МИОПИЕЙ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

- А. Основной
- Б. \*Подготовительной
- В. Специальной
- Г. Лечебной

**T171 ПК4.1.14 КРИТЕРИЕМ СНЯТИЯ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Отсутствие снижения гемоглобина в течение 3 месяцев
- Б. Отсутствие снижения гемоглобина в течение 6 месяцев
- В.\* Нормальный уровень гемоглобина в течение 1 года
- Г. Отсутствие снижения гемоглобина в течение 1 месяца

**T172 ПК-4.1.14 ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ – ЭТО ДЕТИ**

- А. С повторными инфекционными заболеваниями различных органов и систем
- Б. С малыми формами респираторной аллергии
- В. Инфицированные микобактериями туберкулеза
- Г. \*С повторными респираторными инфекциями, болеющие чаще, чем их сверстники

**T173 ПК-4.1.15. ПЕРВАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БОЛЕЗНИ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО САНИТАРНОЙ ОХРАНЕ ТЕРРИТОРИИ, ДОВОДИТСЯ ДО**

- А.\* Главного врача медицинской организации
- Б. Станции (отделения) скорой медицинской помощи
- В. Учреждения дезинфекционного профиля
- Г. Руководителя органа управления здравоохранением

**T174 ПК-4.1.15 ТЕКУЩАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- А. После смерти больного
- Б. При выбытии больного из домашнего очага
- В. \* С момента выявления больного, проживающего в очаге
- Г. При изменении места жительства

**T175 ПК-4.2.1. НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫЕ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ НАБЛЮДАЮТСЯ \_\_\_\_\_ РАЗ(А)**

- А. 2
- Б. 3
- В.\* 4
- Г.5

**T176 ПК-4.2.1. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИКЕ ОТНОСИТСЯ**

- А.\* Антропометрия не менее 1 раза в месяц
- Б. Скрининговые методы обследования
- В. Общий анализ крови и мочи 1 раз в 3 месяца
- Г.Сахар крови, кал на яйца гельминтов в 6 месяцев

**T177 ПК-4.2.2. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ЛЕТ**

- А. 10-15
- Б. 7-8
- В.\* 5-5.5
- Г.Более 15

**T178 ПК-4.2.2.** НЕПРИВИТЫМ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 МЕСЯЦЕВ, КОНТАКТНЫМ ПО КОРИ, РЕКОМЕНДУЮТ

- А. \* Провести активную иммунизацию вакциной
- Б. Провести пассивную иммунизацию  $\gamma$ -глобулином
- В. Наблюдение в течение 21 дня
- Г. Срочную госпитализацию

**T179 ПК-4.2.4.** С 6 НЕДЕЛЬ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ \_\_\_\_\_ МАССЫ ТЕЛА

- А. 1/4
- Б. 1/5
- В. \*1/6
- Г. 1/7

**T180 ПК-4.2.4.** НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- А. \*Разрешаются, если нет срыгиваний
- Б. Запрещаются
- В. Запрещаются при искусственном вскармливании
- Г. Разрешаются всегда

**T181 ПК-4.2.5.** ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПЕДИАТР ВЫСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ

- А. \*I
- Б. IIА
- В. IIБ
- Г. III

**T182 ПК-4.2.5.** К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ III ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

- А. С хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации
- Б. С хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
- В. \*С хроническими заболеваниями в стадии компенсации
- Г. При отсутствии хронических заболеваний

**T183 ПК-4.2.6** БОЛЬНЫЕ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В РЕМИССИИ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ОТНОСЯТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

- А. Основной
- Б. \*Подготовительной
- В. Специальной
- Г. Лечебной

**T184 ПК-4.2.6** РЕБЕНОК С КИФОСКОЛИЗОМ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

- А. Основной
- Б. \*Подготовительной
- В. Специальной
- Г. Лечебной

**T185 ПК- 4.2.8.** ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- А. 1 раз в год

- Б.2 раза в год
- В.\*4 раза в год
- Г.6 раз в год

**T186 ПК-4.2.8** ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- А. В течение одного года
- Б. \*В течение трёх лет
- В. В течение пяти лет
- Г. До перевода во взрослую сеть здравоохранения

**T187 ПК-4.2.9.** ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ СИНДРОМОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ УСТАНОВЛЕН СРОК ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- А. 7 дней
- Б.\* 10 дней
- В. 14 дней
- Г. 21 день

**T188 ПК-4.2.9** ФОРМА № 058/У — ЭТО

- А. \* «Экстренное извещение об инфекционном, паразитарном заболевании, пищевом отравлении, необычной реакции на прививку, поствакцинальном осложнении»
- Б. «Медицинская карта лечения больного туберкулезом»
- В. «Журнал учета инфекционных и паразитарных заболеваний»
- Г. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»

**T189 ПК-4.3.1.** ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_ %

- А. 100
- Б. \*95
- В. 90
- Г. 80

**T190 ПК-4.3.1** НОРМАТИВ ПРИЕМА ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ЧЕЛОВЕК В ЧАС

- А. 5
- Б. \*7
- В. Не более 12
- Г. 10

**T191 ПК-4.3.2.** ВАКЦИНАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КОРЬЮ ПРОВОДИТСЯ \_\_\_\_\_ КОНТАКТА

- А. С 9 по 17 дни
- Б. В первые 5 дней
- В.\* В первые 72 часа
- Г. С 11 по 21 дни

**T192 ПК-4.3.2.** ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЯ ОТ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В

- А. 3 года
- Б. 3 месяца
- В. 4,5 месяца
- Г. \*1год

**T193 ПК-4.3.5.** РЕБЕНКУ 9 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ ПЕДИАТР ВЫСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ

- А. IV
- Б. V
- В. II
- Г. \*III

**T194 ПК-4.3.5.** К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ IV ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

- А. С хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации
- Б. \*С хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
- В. С хроническими заболеваниями в стадии компенсации
- Г. При отсутствии хронических заболеваний

**T195 ПК-4.3.6. РЕБЕНОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ТИП 1 ОТНОСЯТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ**

- А. Основной
- Б. Подготовительной
- В. \*Специальной
- Г. Лечебной

**T196 ПК-4.3.6** РЕБЕНОК С КИФОСКОЛИЗОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

- А. Основной
- Б. Подготовительной
- В. \*Специальной
- Г. Лечебной

**T197 ПК-4.3.7** СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ

- А. \*6 месяцев
- Б. 1 года
- В. 3 года
- Г. До передачи под наблюдение терапевта

**T198 ПК-4.3.7** ЧАСТОТА ОСМОТРОВ В ТЕЧЕНИИ ГОДА УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ РАЗ(А) В ГОД

- А. 1
- Б. 2
- В. 3
- Г. \* 4

**T199 ПК-4.3.8. ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ МОГУТ ПРОВОДИТСЯ**

- А. \* В санатории и дома
- Б. Только дома
- В. Дома и в поликлинике
- Г. В поликлинике

**T200 ПК-4.3.8 ВИД КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ НА ГРЯЗЕЛЕЧЕБНЫХ КУРОРТАХ - ЭТО**

- А. Бальнеотерапия
- Б. Аэротерапия
- В. \*Пелоидотерапия
- Г. Гелиотерпия

**T201 ПК-4.3.9. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ – ЭТО КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА**

- А. \* Предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний
- Б. Уничтожение микроорганизмов в окружающей среде
- В. Организацию ограничительных мер в отделении
- Г. Выполнение дезинфекции в медицинской организации

**T202 ПК-4.3.9. ФОРМА № 060/у — ЭТО**

- А. «Экстренное извещение об инфекционном, паразитарном заболевании, пищевом отравлении, необычной реакции на прививку, поствакцинальном осложнении»
- Б. «Медицинская карта лечения больного туберкулезом»
- В. \* «Журнал учета инфекционных и паразитарных заболеваний»
- Г. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»

**T203 ПК-4.3.10. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВПЕРВЫЕ ОЦЕНИВАЮТ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК В \_\_\_\_\_ ЛЕТ**

- А. \*10
- Б. 12
- В. 14
- Г. 13

**T204 ПК-4.3.10. ПРИКАЗ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» НАПРАВЛЕН НА ВЫЯВЛЕНИЕ**

- А. \*Патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития
- Б. Тубинфицированных детей и подростков
- В. Детей и подростков с нарушениями толерантности к глюкозе
- Г. Детей с педикулезом и чесоткой

**T205 ПК-5.1.4 В РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВКЛЮЧАЕТСЯ ЧИСЛО ДЕТЕЙ**

- А. Родившихся мертвыми в течение года
- Б. Умерших в первые 28 суток жизни в течение года
- В. Умерших в первые 0-6 суток, или первые 168 часов жизни, в течение года
- Г. \*Умерших на 1-ом году жизни в течение года



**T206 ПК-5.1.4** ОСНОВОЙ УЧЕТНЫЙ ДОКУМЕНТ, В КОТОРОМ ИМЕЮТСЯ ДАННЫЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ-ЭТО УЧЕТНАЯ ФОРМА №

А. 025/у-87

Б\* 025-10/у-97

В. 030/у

Г. 025-2/у

**T207 ПК-5.1.5.** ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА №

А. 039/у

Б. \*112/у

В. 036/у

Г 030/у

**T208 ПК-5.1.5.** УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ИМЕЕТ ПРАВО ЕДИНОЛИЧНОЙ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ 8 ЛЕТ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК ДО \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

А. 7

Б. \*15

В. 21

Г. 30

**T209 ПК-5.1.6.** ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А.\*Листок нетрудоспособности

Б. Медицинская карта

В. Карта выбывшего из стационара

Г. Амбулаторная карта

**T210 ПК-5.1.6** ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ, В КОТОРЫЙ ЗАПИСЫВАЮТСЯ ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОТМЕТКИ О ПРОВЕДЕННОМ ЛЕЧЕНИИ И ИНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ – ЭТО

А. \*Санаторная книжка

Б. Справка п 070/у-04

В. Карта диспансерного больного

Г. Справка п 072/у-04

**T211 ПК-5.2.3.** СТАТИСТИЧЕСКИМ ДОКУМЕНТОМ, СОДЕРЖАЩИМ ИНФОРМАЦИЮ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФОСМОТРОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

А. \*Медицинская карта амбулаторного больного

Б. Лист уточненных диагнозов амбулаторного больного

В. Контрольная карта диспансерного больного

Г Карта профилактических осмотров

**T212 ПК-5.2.3.** КАЧЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А. Изменением показателей здоровья детей

Б. \*Полнотой и своевременностью проведения профилактических мероприятий

В. Числом профилактических посещений на одного ребенка в год

Г Полнотой и своевременностью проведения санпросветработы

**T213 ПК-5.2.5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЁНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ**

- А. \*Медико-социальной экспертизы
- Б. Общеобразовательных учреждений
- В. Комиссии по делам несовершеннолетних
- Г. Центров социального обслуживания населения

**T214 ПК-5.2.5. ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ**

- А. Число родившихся живыми за год/ число умерших детей до 1 года x 100
- Б. Число всех умерших детей/ число родившихся живыми x 100
- В. \*Число умерших детей в возрасте до 1 года / число родившихся живыми x 100
- Г. Число родившихся живыми за год/ число всех умерших детей x 100

**T215 ПК-5.2.6 К УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А. Ф.112/у- история развития ребёнка
- Б\* Ф.026/у- индивидуальная карта ребёнка
- В. Ф.058/у –экстренное извещение
- Г. Ф.063/у –карта профилактических прививок

**T216 ПК-5.2.6 В ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ВХОДИТ**

- А. Оказание первичной врачебной помощи
- Б. Антропометрия в кабинете «Здорового ребенка»
- В. Ведение ребенка в стационаре
- Д. \*Оказание специализированной врачебной помощи

**T217 ПК-5.2.7 ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА**

- А. 030/у
- Б. \* 088/у-06
- В. 063/у
- Г. 058/у

**T218 ПК-5.2.7 ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ СТАЦИОНАРА, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТСЯ НА КАЖДОГО ПОСТУПИВШЕГО В СТАЦИОНАР БОЛЬНОГО -ЭТО**

- А. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма №006/у)
- Б.\* Медицинская карта стационарного больного (форма №003/у)
- В. Медицинская карта амбулаторного больного (форма №025/у)
- Г. Журнал учета приема больного и отказов от госпитализации(форма № 001/у)

**T219 ПК-5.3.3. ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ИНВАЛИДА, С КОТОРЫМ РЕБЁНОК НАПРАВЛЯЕТСЯ В СЛУЖБУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИЗ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Рекомендации социального работника
- Б. Данные страхового полиса
- В\* Ф.№112/у «история развития ребёнка»
- Г. Рекомендации школьного врача

**T220 ПК-5.3.3. ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА - ЭТО**

- А. Медицинская карта
- Б. Выписка стационарного больного
- В. \*Индивидуальная программа реабилитации
- Г. Санаторно-курортная карта

**T221 ПК-5.3.4. УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ФОРМЫ**

- А. 063/у и 058/у
- Б. 026/у и 112/у
- В. \*063/у и 112/у
- Г. 063/у и 026/у

**T222 ПК-5.3.4. СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ**

- А.\* Лечебные, педагогические, психологические или социальные мероприятия по отношению к инвалидам, направленные на приспособливание их к жизни в обществе.
- Б. Полное или частичное восстановления 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

**T223 ПК-5.3.5. ПОКАЗАТЕЛЬ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ИНТЕГРИРОВАННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ -ЭТО**

- А. Первичная заболеваемость
- Б.\*Распространенность
- В Показатель охвата диспансерным наблюдением
- Г. Группа здоровья

**T224 ПК-5.3.5. ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТРАЖАЕТ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА**

- А.\*Уровень медицинской помощи населению
- Б. ВВП на душу населения
- В. Работу социальных учреждений
- Г. Экономическое развитие страны

**T225 ПК-5.3.6. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МАМА ДОЛЖНА ПРЕДЪЯВИТЬ**

- А. Свидетельство о рождении ребенка
- Б. СНИЛС
- В. Медицинский полис
- Г. Паспорт\*

**T226 ПК-5.3.6. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА №**

- А. 036/у
- Б.\* 112/у
- В. 039/у
- Г. 030/у

**T227 ПК-5.3.7.** ДОКУМЕНТАМИ, С КОТРЫМИ НАПРАВЛЯЕТСЯ РЕБЕНОК ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ИНВАЛИДА В СЛУЖБУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И 3 ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Рекомендации социального работника
- Б. Данные страхового полиса
- В. \* Ф.№112/у «История развития ребёнка»
- Г. Рекомендации школьного врача

**T228 ПК-5.3.7.** ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ

- А. На период лечения ребенка не более 14 дней
- Б. На весь период лечения ребенка, только при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях
- В\* На весь период лечения ребенка
- Г. На период лечения ребенка не более 7 дней

### Ситуационные задания

**C1 ОПК-2.1.2.** Заведующей детской амбулатории дано задание оснастить амбулаторию информационными стендами с актуальными темами санитарной пропаганды для детей раннего возраста.

#### Вопросы:

1. Предложите актуальные темы.

#### Эталоны ответов:

1. Преимущества грудного вскармливания. Правила введения докорма и прикорма. Профилактика острых респираторных заболеваний.

**C2 ОПК-2.1.8.** На приеме ребенок в возрасте 8 мес. Привит согласно календарю, кроме вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка. Находится на естественном вскармливании. В анамнезе - до 6 мес. получал лечение у невропатолога по поводу двукратного эпизода фебрильных судорог на фоне перинатального поражения ЦНС.

В настоящее время здоров.

#### Вопросы:

1. Подлежит ли ребенок вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка?
2. Какие вакцины можно использовать?
3. Нуждается ли ребенок в подготовке к вакцинации?

#### Эталоны ответов:

1 Подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка.  
2 АДС, АДС-М.  
3 Вакцинацию проводить на фоне назначения фенобарбитала за 5-6 дней до и после вакцинации.

**C3 ОПК-2.1.10.** Мать 3,5-месячного ребенка обратилась к участковому врачу за советом, как правильно организовать питание ребенка. При контрольном взвешивании до и после кормления оказалось, что он высосал за одно кормление в пределах 100 мл грудного молока, т. е. за сутки ребенок получает 600 мл. Мать кормит ребенка 6 раз в день. Масса при рождении 3200 г. В настоящее время — 5100 г.

#### Вопросы:

- 1 Соответствует ли масса ребенка должествующей?
- 2 Определите суточный объем и количество пищи на одно кормление?

3 Какая потребность в белках, жирах, углеводах при данном способе вскармливания?

**Эталоны ответов:**

1. Не соответствует. Дефицит массы 680,0 (12%), т.е. имеет место гипотрофия 1 ст.
2. 1/6 массы тела - 840 мл, на одно кормление 140 мл. Имеет место количественный недокорм. Ребенок нуждается в докорме адаптированными смесями 40 мл на кормление.
3. Белок-2,5-3 г/кг, жира -6г/кг, углеводов-12-14 г/кг.

**С4 ОПК-2.1.11.** В связи с заболеванием матери необходимо срочно перевести ребенка на искусственное вскармливание. Ребенок родился массой 3100 г. В настоящее время ему 3 мес. Масса 5400 г. Кормится грудью 7 раз в сутки.

**Вопросы:**

1. Соответствует ли масса ребенка долженствующей?
2. Рассчитайте данному ребенку необходимый объем пищи на сутки.

**Эталоны ответов:**

1. Соответствует:  $3100+600+800=5300$ . Объем питания составляет 1/6 массы. Т.е.900мл.
2. В сутки 6 кормлений. На одно кормление 150 мл адаптированной молочной смеси, например, Нутрилон, Нестожен-1. НАН-1.

**С5 ОПК-2.1.12.** Ребенку 5 мес. Находится на естественном вскармливании. Ежедневно получает грудное молоко 4 раза, овощное пюре 1 раз, фруктовые соки, фруктовое пюре промышленного выпуска, 50г творога «Агуша». При осмотре — активный, физическое и психомоторное развитие по возрасту, кожа чистая, по органам без патологии, стул 2-3 раза в день.

**Вопросы:**

1. Оцените вскармливание ребенка.
2. Дайте рекомендации.

**Эталоны ответов:**

1. В питании ребенка преждевременно и в большом количестве введен творог.
2. Ребенку ближе к 6 мес вводят первый прикорм в виде овощного пюре. Начинают вводить с чайной ложки перед кормлением грудью, постепенно (за 2 нед) увеличивают объем, заменяя в дальнейшем одно из грудных кормлений. От творога следует отказаться, ввести позднее, не ранее 8 мес. в количестве до 30 г.

**С6 ОПК-2.1.13.** Ребенку 8 месяцев. Находится на естественном вскармливании.

**Вопросы:**

1. Определите долженствующую массу тела.
2. Рассчитайте суточный и разовый объемы кормления.
3. Распишите питание на один день.

**Эталоны ответов:**

1. Вес ребенка  $8000+400 (n-6) = 8800$  г.
2. Суточный объем пищи-1000 мл (200 мл на 1 кормление), 5 кормлений в сутки.
3. 6.00- молоко грудное 200,0

10.00-каша рисовая 10%-200 мл, масло сливочное-3,0, сок яблочный 40,0  
14.00-овощное пюре-160,0, мясное пюре – 40,0, масло растительное- 5,0, сок-20,0  
18.00 – молоко грудное – 100,0, творог – 40,0, печенье – 10,0, яблочное пюре 50,0  
22.00 – молоко грудное – 200,0

**С7 ОПК-2.1.15.** У ребенка 3 лет впервые при оформлении в детский коллектив выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии (0,5 г/л), гематурии (до 25-30 в п.зр.). В последние месяцы родители стали замечать, что ребенок плохо слышит.

**Вопросы:**

1. Какой Ваш предположительный диагноз?
2. О каких заболеваниях в семье необходимо уточнить анамнез?
3. К каким специалистам нужно направить ребенка?

**Эталоны ответов:**

1. Наследственный нефрит.
2. Гломерулонефрит. Синдром Альпорта.
3. Нефролог, ЛОР-врач, сурдолог.

**С8 ОПК-2.1.16.** У ребенка 2 месяцев при дообследовании выявлен врожденный порок сердца (тетрада Фалло).

**Вопросы:**

1. В каком периоде беременности могли быть проблемы у матери?
2. Какие неблагоприятные факторы могли оказать влияние?

**Эталоны ответов:**

1. В первом триместре (2 - 8-я неделя).
2. Вирусные инфекции, хронические заболевания матери, алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, вредные условия работы матери.

**С9 ОПК-2.1.26.** На приеме у участкового педиатра девочка 16 лет с жалобами на повышение температуры тела, кашель, затрудненное носовое дыхание.

**Вопросы:**

1. Может ли врач произвести осмотр ребенка без родителей?
2. Какова тактика педиатра?

**Эталоны ответов:**

1. Да.
2. Педиатр должен получить добровольное информированное согласие на осмотр (форма ), которое может заполнить сам ребенок. Согласно Ст. 54 ФЗ №323-РФ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" несовершеннолетний старше 15 лет вправе самостоятельно оформлять информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство, получать информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне.

**С10 ОПК-2.1.33** Девочка 10 лет на приеме у врача-педиатра после выписки из отделения гастроэнтерологии, куда поступила с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии, левом подреберье ноющего характера с иррадиацией в спину, возникающие после употребления жирной, жареной пищи и физической нагрузки; тошноту, периодическую рвоту, сниженный аппетит, утомляемость. Данные обследования: амилаза 450 ед/л. Копрограмма: мышечные волокна, нейтральный жир в большом количестве.

Определение фекальной эластазы-1 иммуноферментным методом: 150 мкг/г (норма-200-550 мкг/г). При осмотре: легкая болезненность при пальпации живота в левом подреберье, зоне Шоффара, слабopоложительный симптом Мейо-Робсона. Печень не увеличена.

**Вопросы:**

1. Укажите диагноз ребёнка при выписке из стационара.
2. Определите группу здоровья.
3. Показано ли ребёнку оформление инвалидности?

**Эталоны ответов:**

1. Хронический панкреатит, болевая форма, среднетяжелое течение, период обратного развития.
2. Группа здоровья IV.
3. Оформление инвалидности не показано.

**С11 ОПК-2.1.37.** Ребёнку 7 лет проведен профилактический осмотр перед поступлением в школу.

**Вопросы:**

1. В какие документы вносятся данные о проведении профилактического осмотра?

**Эталоны ответов:**

1. В историю развития ребёнка форму 112/у и учетную форму № 030-ПО/у-17 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего".

**С12 ОПК-2.1.38.** Ребёнок 10 мес., пациент отделения грудного возраста: в ответ на приближение врача широко открыл рот, глаза и замер; предложенную игрушку дрожащими руками взять не смог; плохо держит голову, не сидит; гулит, слабо выражен рефлекс Кернига, рефлексы Ландау отсутствуют.

**Вопросы:**

1. Оцените соответствие нервно-психического развития ребёнка возрасту.
2. В консультации какого специалиста нуждается ребёнок?

**Эталоны ответов:**

1. Моторика – соответствует возрасту 3-4 мес, Статика - соответствует возрасту 2 мес, I Условно-рефлекторная деятельность – соответствует возрасту 3 мес, Речь – соответствует возрасту 3 мес. Заключение: отмечается задержка нервно-психического развития, вероятно органическая патология нервной системы.

1. Пациент нуждается в консультации невропатолога.

**С13 ОПК-2.1.39** На приеме девочка 17 лет с целью проведения вакцинации.

**Вопросы:**

1. Какие документы необходимо оформить до проведения манипуляции?

**Эталоны ответов:**

1. Необходимо заполнить добровольное информированное согласие на осмотр, которое может заполнить сам ребёнок, а также добровольное информированное согласие на вакцинацию. Согласно Ст. 54 ФЗ №323-РФ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" несовершеннолетний старше 15 лет вправе самостоятельно оформлять информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство, получать

информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне.

**С14 ОПК-2.1.40.** Врач санпропускника предлагает родителям ребенка 4 лет заполнить добровольное информированное согласие на проведение обследования и лечение.

**Вопросы:**

1. Какую информацию должно содержать добровольное информированное согласие?
2. Кто подписывает ИДС?

**Эталоны ответов:**

1. О целях и методах оказания медицинской помощи; о риске, связанном с оказанием медицинской помощи; о возможных вариантах медицинского вмешательства; о последствиях проведенного медицинского вмешательства; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
2. ИДС подписывает родитель, заверяет подписью врач, проставляется дата подписания документа.

**С15 ОПК-2.1.42.** Численность детского населения района N в 2023г. – 110000 чел. Зарегистрировано случаев обращения по поводу заболевания за медицинской помощью жителями района в поликлинику объединенной больницы – 120530, в т.ч. с лечебной целью – 83673, с консультативной – 25250, с профилактической – 11607.

**Вопросы:**

1. Вычислите показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения за медицинской помощью в 2023 году.

**Эталоны ответов:**

1. Показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения в 2023 году:  $120530/110000*1000=1095,7$  случаев заболеваний на 1000 детского населения.

**С16 ОПК-2.1.43.** Врач приемного покоя при оформлении медицинской карты допустил ошибочную запись.

**Вопросы:**

1. Как ликвидировать ошибочную запись?
2. Что врач должен при этом написать?

**Эталоны ответов:**

1. Ошибочно сделанная запись зачеркивается одной линией.
2. Врач должен написать: «Запись ошибочна» и расписаться.

**С.17 ОПК-2.2.1.** На приеме мама с ребенком в возрасте 1 месяц, девочка родилась в декабре, здорова, находится на грудном вскармливании. Мама беспокоится о том, чтобы ребенок не заболел рахитом.

**Вопросы:**

1. Дайте советы по питанию кормящей матери.
2. Дайте советы по рациональному вскармливанию ребенка.
3. Дайте советы по уходу за ребенком для профилактики рахита.



#### **Эталоны ответов:**

1. Рациональное питание кормящей матери с использованием белкововитамино-минеральных комплексов («Фемилак», «Мамина каша» и др.) или витаминно-минеральных средств.
2. Грудное вскармливание.
3. Витамин Д («АкваДетрим») в 1 капле 500 МЕ по 1 капле ежедневно. Ежедневные прогулки на свежем воздухе, соблюдение режима дня, гигиенические ванны, гимнастика.

**C18 ОПК-2.2.3.** Участковый педиатр осмотрел новорожденного ребенка, оценил анамнез и выявил все факторы риска.

#### **Вопросы:**

1. Опишите алгоритм оценки биологического анамнеза ребенка.
2. Какие факторы могут повлиять на состояние ребенка в первые 3 года жизни?

#### **Эталоны ответов:**

1. Выявление факторов риска в антенатальном периоде развития, предшествующих рождению ребенка (течение беременности, состояние здоровья женщины, гипоксия плода, различные тератогенные влияния), факторов, влияющих на состояние здоровья новорожденного и детей первых месяцев жизни (родовая травма, асфиксия в родах, недоношенность, ГБН, перенесенные острые инфекционные и неинфекционные заболевания, пограничные состояния и их длительность, ранний перевод на искусственное вскармливание).
2. Повторные острые инфекционные заболевания, наличие рахита, анемии, расстройства питания, диатезов, неблагоприятный социальный анамнез).

**C19 ОПК-2.2.6.** Новорожденный ребенок родился с массой 2900 г, длиной тела 49 см. В настоящее время ребенку 2 дня. Кормится сцеженным грудным молоком из-за тяжести состояния матери после операции.

#### **Вопросы:**

1. Как должен вскармливаться новорожденный ребенок после рождения?
2. Сроки прикладывания к груди матери?
3. Каких новорожденных детей нельзя прикладывать к груди?

#### **Эталоны ответов:**

1. Новорожденный ребенок должен вскармливаться материнским молоком путем прикладывания к груди.
2. Сроки прикладывания к груди – в первые 30 мин. после рождения.
3. Противопоказания к раннему прикладыванию: со стороны матери (ВИЧ – инфицирование прием цитостатиков, радиоактивных или противотиреоидных препаратов активная форма туберкулеза); со стороны ребенка (оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов, внутричерепная родовая травма, гемолитическая болезнь новорожденного по резус-фактору, глубокая степень недоношенности).

**C20 ОПК-2.2.7.** На приеме у участкового педиатра мать с ребенком 7-мес. С жалобами на беспокойное поведение, плохой сон, зудящие, мокнущие элементы сыпи на щеках, кистях, запястьях, нижних конечностях. Мать во время беременности и кормления ребенка грудью употребляла в большом количестве цитрусовые, шоколад, яйца, рыбу. С 5 мес. ребенок на искусственном вскармливании, получает коровье молоко, молочные каши (манную, овсяную). Мать ребенка страдает поллинозом. Объективно: эритематозные мокнущие пятна на щеках, периоральной области, веках, в области лба, разгибательных

поверхностей конечностей, ушных раковинах. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз.
2. Каковы Ваши рекомендации по поводу диеты?

**Эталоны ответов:**

1. Атопический дерматит, стадия выраженных изменений, острая фаза.
2. Гипоаллергенная диета - исключение облигатных аллергенов (в т.ч. овощей и фруктов красного и оранжевого цвета). Исключить - из рациона пресное молоко, заменив его на лечебные смеси: на основе глубокого гидролиза белков коровьего молока (Нутрилон Пепти, Альфаре Аллержи, Фрисопеп АС, Нутрамиген 2) или на основе аминокислот (Нутрилон Аминокислоты, Альфаре Амино). Отменить каши из злаковых продуктов, заменив их гипоаллергенной рисовой, кукурузной и гречневой кашами, приготовленной на основе лечебных смесей; ввести гипоаллергенное овощное пюре (кабачки, брокколи).

**С.21 ОПК-2.2.13.** Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней. Ребенок на естественном вскармливании. Сосет вяло, с перерывами, отмечаются необильные срыгивания.

**Вопросы:**

1. Составьте план диспансерного наблюдения и ведения ребенка на педиатрическом участке.

**Эталоны ответов:**

1. Осмотр педиатром ежедневно в течение 10 дней, контроль за размерами окружности головы, уровнем нервно-психического и моторного развития; невропатолога 1 раз в месяц; осмотр заведующим поликлиническим отделением в 1 мес. Раннее лабораторное обследование: анализы крови, мочи в возрасте 1 и 3 месяцев и после каждого заболевания. Мероприятия по профилактике раннего выявления и лечения дисбактериоза, анемии, рахита и др. Профилактика регургитации - положение во время сна - на боку. Контроль за массой тела 4 раза в месяц (семья должна быть обеспечена весами). Профилактические прививки по Национальному календарю. Консультация узких специалистов (невропатолога, окулиста), инструментальное исследование внутренних органов.

**С22 ОПК-2.2.36** На приеме у педиатра девочка, 14 лет. Два дня назад была выписана из стационара, где получала лечение по поводу ИМВП. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Состояние при выписке удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, чистая. ЧСС - 75 ударов в мин, АД -110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка - у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая (со слов девочки). Стул оформленный, ежедневно.

**Вопросы:**

1. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?
2. Определите группу по физическому воспитанию.
3. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Эталоны ответов:**

1. Гинеколог, уролог.
2. Подготовительная группа по физическому воспитанию, запрещаются занятия в

бассейне, занятия на открытом воздухе.

3. На диспансерном учете состоит один год. Первые 3 мес. - анализ мочи каждые 2 недели, затем 1 раз в мес. Анализ крови, проба Зимницкого, биохимический анализ крови на мочевины и креатинин один раз в 3-6 мес. УЗИ почек и мочевого пузыря через год. Осмотр узкими специалистами один раз в 6 мес. Снятие с учета через год. При отсутствии урологической патологии и нормализации анализа мочи после выписки проводится фитотерапия по 10-20 дней каждого месяца в течение 3 мес., затем месячные курсы фитотерапии через каждые 3 мес.

**C23 ОПК-2.3.1.** Ребенок в возрасте 3 лет входит в группу часто болеющих детей.

**Вопросы:**

1. Составьте план закаливающих мероприятий с учетом того, что ранее ребенок не получал закаливающих процедур.

**Эталоны ответов:**

1. Прогулки не менее 2 раз в день по 2,5 - 3 часа при температуре не ниже -15 - 16 С в зимнее время. Общее суточное пребывание на воздухе детей от 1 до 3 лет должно составлять зимой от 1 до 3 часов. При проведении солнечной ванны: продолжительность первой ванны - 5 минут с ежедневным увеличением до 30 - 40 минут и более. При проведении водных процедур: можно использовать общие обтирания со снижением температуры воды до 24 С, общие обливания температуры до 24 - 28 С.

**C24 ОПК-2.3.3.** Новорожденный мальчик родился с массой 3500 г, длиной 51 см. Выписан из роддома на 5 день жизни с массой 3350 г. При осмотре педиатром в возрасте 15 дней масса ребенка 3670 г, кормится грудью матери 7 раз в день через 3 часа.

**Вопросы:**

1. Достаточно ли ребенок прибавил в массе?
2. Дайте рекомендации по режиму кормлений.
3. Нужна ли коррекция питания?

**Эталоны ответов:**

1. Долженствующая масса:  $3500 + 5 \times 30 = 3650$  г. В массе прибавил достаточно.
2. Кормить 7 раз в день через 3 часа.
3. В коррекции питания не нуждается.

**C.25 ОПК-2.3.5.** Ребенку 6 дней, выписан из родильного дома. При осмотре мама обратила внимание, что слизистые глаз и кожные покровы имеют желтоватый оттенок, самочувствие хорошее. Мать кормит малыша грудью примерно 8 раз в день, не исключает ночных кормлений. Между кормлениями дает кипяченую воду.

**Вопросы:**

1. Ваше заключение, в какой информации нуждается мать?
2. Как вы посоветуете кормить ребенка?

**Эталоны ответов:**

1. У ребенка физиологическая желтуха. Похвально, что мать кормит ребенка грудью. Проинформировать мать, что ребенок здоров.
2. Кормить ребенка как можно чаще. Нет необходимости между кормлениями давать ребенку кипяченую воду.

**С26 ОПК-2.3.6.** На прием к участковому педиатру пришла мама с ребенком в возрасте 1 года 6 месяцев для планового профилактического осмотра. Из анамнеза известно, что ребенок перенес 4 раза ОРЗ за последний год.

**Вопросы:**

1. В каком критическом периоде формирования иммунной системы находится ребенок?
2. Каковы его основные особенности?
3. Какие заболевания у ребенка наиболее вероятно могут быть в этом возрасте?

**Эталоны ответов:**

1. Третий критический период.
2. В это время значительно расширяются контакты ребенка, получившего навыки свободного передвижения, с внешним миром. Сохраняется первичный характер ответа на многие антигены, но синтез IgM антител уже переключается на образование антител класса G. Однако синтез IgG2 и IgG4 запаздывает.  
2. Дети в этом возрасте наиболее чувствительны к таким бактериям, как пневмококк, гемофильная палочка, менингококк. В этот период дети особенно склонны к повторным вирусным и бактериальным заболеваниям органов дыхания.

**С.27 ОПК-2.3.32.** Ребенок 10 лет наблюдается по поводу бронхиальной астмы. В течение года приступов нет. Констатирована ремиссия заболевания.

**Вопросы:**

1. Определите комплекс реабилитационных мероприятий.
2. Показано ли санаторно-курортное лечение?

**Эталоны ответов:**

1. С целью реабилитации используются различные методики: элиминация причинно значимых факторов, лекарственная терапия, дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, диета, физиотерапия.
2. Да, показано, в медицинских организациях бронхолегочного профиля.

**С28 ОПК-2.3.38.** В отчетном году в детскую поликлинику с численностью обслуживаемого населения 55 тыс. чел. суммарное количество посещений к участковым врачам-педиатров составило 158122, среднегодовое число участковых врачей-педиатров – 25, число отработанных дней за год составило 258 день, количество отработанных часов за год 1812,4ч.

**Вопросы:**

1. Рассчитайте показатель среднегодовой нагрузки участкового врача педиатра.
2. Рассчитайте показатель среднегодовой нагрузки врача в день.
3. Рассчитайте показатель среднегодовой нагрузки врача в час.

**Эталоны ответов:**

1.  $178122/25 = 7124,9$  посещений в год на 1 врача-педиатра участкового
2.  $7124,9/258=27,6$  посещений в день.
3.  $7124,9/1812,4 = 3,9$  посещения в час.

**С29 ОПК-2.3.39.** При заполнении участковым педиатром годового отчета по заболеваемости бронхо-легочной патологии за 2024г. на подконтрольном ему участке необходимо рассчитать интенсивный коэффициент заболеваемости и провести

сравнительный анализ, 2022г. – 78%, 2023г. - 69%. Общая численность детского населения на участке 14 685 детей, патология бронхолегочной системы, впервые выявленная за текущий год, составляет 1086 заболевших.

#### **Вопросы:**

1. Рассчитайте коэффициент пульмонологической заболеваемости на данном участке.
2. Проведите сравнительный анализ.

#### **Эталоны ответов:**

1. Пульмонологическая заболеваемость — это отношение числа бронхо-легочных заболеваний впервые выявленных к средней численности детского населения x 1000(‰)  
 $ПЗ=1086:14\ 685 \times 1000=74\%$
2. Наивысший показатель заболеваемости был в 2022г и составил– 78%.

**С30 ОПК-4.1.2** Ребенок 9 лет на приеме у участкового педиатра с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. В 6 месяцев впервые диагностирован обструктивный бронхит. С 2-лет - типичные приступы удушья. Неоднократно госпитализирован по поводу обострений, однократно- астматический статус. В последние 2 года приступы участились (до 3-4 раз в неделю). Обучается на дому. Функция внешнего дыхания: стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60-70 %, тест с вентолином положительный. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, некоторым видам трав. При осмотре: ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. Кожные покровы без высыпаний, бледные, отмечается периоральный цианоз. Аускультативно дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД 20/ мин.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации, дайте комплексную оценку состояния здоровья, определите группу здоровья.
2. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.

#### **Эталоны ответов:**

1. Бронхиальная астма, атопическая (поливалентная сенсibilизация бытовая, эпидермальная, пищевая), персистирующая, тяжёлая, неконтролируемая. Группа здоровья V.
2. Показано оформление инвалидности.

**С31 ОПК-4.2.1.** После пальпаторного обследования врач заподозрил пневмонию у больного.

#### **Вопросы:**

1. Какие полученные данные свидетельствуют об этом?
2. Какое назначение по обследованию должен сделать врач затем?

#### **Эталоны ответов:**

1. Усиление голосового дрожания локально.
2. Рентгенография органов грудной клетки.

**С32 ОПК-4.3.1.** Врач на приеме у ребенка 10 лет с ОРВИ расценил сухие хрипы в легких как проявление бронхообструкции.

### **Вопросы:**

1. Оцените действия врача.
2. О каком состоянии следует подумать в первую очередь?

### **Эталоны ответов:**

1. Недостаточно данных для такого вывода
2. Острый простой бронхит

**С.33 ОПК-6.1.3.** Участковый врач-педиатр собирается проводить вакцинацию ребенка 1 года жизни.

### **Вопросы:**

1. В каких учетных формах отражается факт проведения профилактических прививок?

### **Эталоны ответов:**

1 Журнал учета профилактических прививок 060/у, Карта профилактических прививок 063/у, Истории развития ребенка 112/у; медицинская карта ребенка, посещающего ДООУ 026/у-2000, Сертификат о профилактических

**С34 ОПК-6.1.14.** Мальчик В., 2 лет, наблюдается с рождения: затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, приступообразный кашель, частые бронхиты. При поступлении ребенок вялый, апатичный. ЧД – 32 / мин. ЧСС – 116 уд/ мин, SO<sub>2</sub> = 85%. Аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Рентгенограмма легких: легочная ткань вздута, по всем легочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, деформация перибронхиального компонента за счет наличия бронхоэктазов. Корни легких мало структурны. Тень сердца праворасположена. Синусы свободны.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и объясните патогенез заболевания.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза?
3. Каковы принципы лечения заболевания?
4. Каков прогноз данного заболевания, нуждается ли этот ребенок в социальной защите?

### **Эталоны ответов:**

1. Первичная цилиарная дискинезия (синдром Картагенера). Обострение. ДН II степени. Двусторонний хронический синусит. Генетически детерминированное заболевание, при котором поражаются подвижные структуры клеток (реснички и жгутики).

2. Бронхоскопия, КТ легких: двусторонняя деформация бронхов, рентгенография гайморовых пазух.

3. Основными целями терапии является максимально возможное предупреждение прогрессирования и/или развития бронхоэктазов и восстановление / сохранение нормальной легочной функции, а также носового дыхания и слуха.

4. Ребенок нуждается в социальной защите, оформляется медицинская документация для направления на медико-социальную экспертизу, где ребенку устанавливается категория «ребенок-инвалид» и разрабатывается ИПРА (индивидуальная программа реабилитации и абилитации).

**С35 ОПК-8.1.3.** Девочке 8 лет установлен диагноз «Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ХПН».

### **Вопросы:**

1. Определите реабилитационный прогноз.
2. Какие факторы его обуславливают?

### **Эталоны ответов:**

1. Реабилитационный прогноз относительно благоприятный.
2. Благоприятность прогноза обусловлена возможностью достижения ремиссии заболевания, предотвращения прогрессирования и инвалидизации. Относительность обусловлена хроническим течением заболевания, наличием осложнений ХПН, невозможностью полного выздоровления.

**С36 ОПК-8.1.8.** У ребенка 16 лет диагностирована дисфункция билиарного тракта по гипермоторному типу, фаза ремиссии.

### **Вопросы:**

1. Определите объем немедикаментозной терапии и физиотерапевтического лечения.
2. Составьте рекомендации по санаторно-курортному лечению.

### **Эталоны ответов:**

1. ЛФК, диетотерапия (частое, дробное питание, с ограничением продуктов стимулирующих желчеотделение). Минеральные воды малой минерализации (Ессентуки № 4, Пятигорская, доломитный сульфатный Нарзан) в горячем виде с температурой 42-45 °С 5-6 раз в сутки после еды. Фитотерапия (растения, обладающие спазмолитическим и седативным действиями). Физиотерапия (низкочастотная электротерапия, гальванизация, электрофорез, парафино- и озокеритотерапия, инфракрасное облучение, высокочастотная магнитотерапия).
2. Санаторно-курортное лечение (бальнеолечебные, климатобальнеолечебные и грязелечебные курорты).

**С37 ПК-8.2.4.** Ребенок 6-ти месяцев из семьи, где мать страдает легкой, преимущественно легочной формой муковисцидоза, перенес 2 эпизода бронхообструкции. Потовый тест имеет пограничные значения. Диагноз: «Муковисцидоз» подтвержден генетически. Назначена ингаляционная муколитическая, ферментотерапия, после окончания курса лечения ребенку рекомендовано продолжить реабилитационные мероприятия в отделении физиотерапии - назначение кинезитерапии.

### **Вопросы:**

1. Какие немедикаментозные методы лечения рекомендованы пациентам с муковисцидозом?
2. Каковы задачи физиотерапевтических процедур?
3. Какая форма медицинской документации назначается пациенту для направления на лечение в физиотерапевтическое отделение?

### **Эталоны ответов:**

1. В совокупности с базисной фармакологической терапией рекомендованы медицинский массаж, лечебная физкультура (физические упражнения, подвижные игры)
2. Уменьшение/ликвидация воспалительных явлений в пораженных системах. Обеспечение дренажной функции дыхательной и билиарной систем. Оптимизация функциональных параметров дыхательной системы, расширение функциональных возможностей.
3. Заполнение Формы 044/у — это карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете).

**С.38 ОПК-8.2.10.** На прием к участковому педиатру обратилась мать с ребенком 9 лет, состоящего на учете по поводу хронического гастрита, с путевкой в летний лагерь.

**Вопросы:**

1. Какие документы должен оформить педиатр?

**Эталоны ответов:**

1. При направлении ребенка на санаторно-курортное лечение оформляются следующие документы: путевка, санаторно-курортная карта, выписка из истории болезни ребенка с данными клинико-лабораторного исследования давностью не более 1 мес., заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний, справка врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными больными, характеристика из школы и дневник, по эпидемиологическим и медицинским показаниям – результаты исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство, IgM краснухи.

**С39 ОПК-8.3.3** Кира П., 13 лет, выписана из стационара под наблюдение врача педиатра участкового с диагнозом: острая правосторонняя нижнедолевая пневмония, осложненная экссудативным плевритом, ДН I степени.

**Вопросы:**

1. Определите объем реабилитационных мероприятий.
2. Определите группу для занятий по физкультуре.

**Эталоны ответов:**

1. Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3-4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенне-осенний период (3 недели): витаминотерапия, фитотерапия (корень алтея, душица, подорожник, корень солодки, сосновые почки, элеутерококк, женьшень), физиотерапия, массаж, ЛФК, дыхательная гимнастика, закаливающие процедуры через 1 - 2 месяца после заболевания.

2. Группа для занятий по физкультуре - подготовительная в первые 6 месяцев, далее - основная.

**С40 ОПК-8.3.11.** Ребенку с тяжелым течением бронхиальной астмы присвоен статус ребенка-инвалида. В программу реабилитации включены физические методы.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте необходимость включения физических методов реабилитации в программу реабилитации больных бронхиальной астмой.
2. Приведите примеры физических нагрузок.

**Эталоны ответов:**

1. Физическая реабилитация улучшает сердечно-легочную функцию. В результате проведения тренировки при физической нагрузке увеличивается максимальное потребление кислорода и увеличивается максимальная вентиляция легких.

2. Тренировки с аэробной нагрузкой, плавание, тренировка инспираторной мускулатуры с пороговой дозированной нагрузкой улучшают течение БА.



**С41 ПК-1.1.2.** У ребенка 5 месяцев высокая температуры, не имеющая внешних причин (нет соплей, кашля и красноты горла). При этом состояние прогрессирует быстро, малыш стал плохо есть, срыгивает, плачет, беспокоится, редко мочится.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какой из приведенных симптомов не характерен для детей старшего возраста при этом заболевании?

**Эталоны ответов:**

1. Острый пиелонефрит.
2. Срыгивания.

**С42 ПК-1.1.70.** При осмотре ребенка с жалобами на приступообразный кашель после поперхивания семечками при отсутствии катаральных явлений и хрипов в легких выявил тимпанический оттенок перкуторного звука справа. Диагноз инородное тело дыхательных путей.

**Вопросы:**

1. На какое обследование следует направить ребёнка?
2. Какой еще признак часто наблюдается при этом состоянии?

**Эталоны ответов:**

1. Рентгенография органов грудной клетки.
2. Некупируемая бронхообструкция.

**С43 ПК-1.1.8.** Ребенка извлекли из воды через 10 минут после утопления. Выражен цианоз кожи и слизистых оболочек, набухание шейных и больших подкожных вен, выделения из ротовой полости пенистой жидкости.

**Вопросы:**

1. Какие обстоятельства случая следует выяснить?
2. Какой вид утопления у этого ребенка?

**Эталоны ответов:**

1. Сколько времени находился в воде, механизм утопления, свойства воды.
2. Асфиктическое.

**С44 ПК-1.1.9.** В настоящее время в мире происходит переход с МКБ-10 на МКБ 11.

**Вопросы:**

1. Когда он начат?
2. Почему правительство России отказалось от перехода на МКБ-11?

**Эталоны ответов:**

1. 1 января 2022 года
2. Потому, что МКБ-11 «противоречит традиционным ценностям».

**С45 ПК-1.2.7.** У ребенка выявлены: артериальная гипертензия, гипертрофия левого миокарда, остеопороз, хондрокальциноз, гиперкальциемия, гипофосфатемия, гиперкальциурия и гиперфосфатурия, увеличение одной параситовидной железы

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние развилось?

2. Что могло привести к этому состоянию?

**Эталоны ответов:**

1. Гиперпаратиреоидный криз.
2. Паратиреома.

**С.46 ОПК-1.2.8.** Девочка 10 лет. Жалобы: длительный насморк в течение 3-4 лет, днем – серозное отделяемое, приступы пароксизмального чихания, ночью -заложенность носа, частое применение сосудосуживающих препаратов. Анамнез: частые ОРВИ до 3 лет, с 4 лет наблюдается ЛОР-врачом с диагнозом аденоидит, в 7 лет - аденотомия, без положительной динамики. Осмотр педиатра, диагноз - ЧДБ, рекомендован курс бронхомунала.

**Вопросы:**

1. Составьте план обследования.

**Эталоны ответов:**

1. Консультация, ЛОР –врача, снимок придаточных пазух носа, риноцитограмма, посев на флору, консультация аллерголога.

**С47 ПК-1.2.9.** На рентгеновском снимке запястья у ребенка 9 лет 5 точек окостенения.

**Вопросы:**

1. Оцените этот результат.
2. Что является нормой в этом возрасте?

**Эталоны ответов:**

1. Отставание костного возраста от нормы
2. 8 точек окостенения

**С.48 ПК-1.2.10.** Ребенок 7 суток. Первичный врачебно-сестринский патронаж. Ребенок от 2 беременности (1-я закончилась медицинским абортom), протекавшей с ОРВИ в 26 недель (лечение симптоматическое), угрозой прерывания беременности на сроке 32 недели. Матери 24 года, страдает хроническим тонзиллитом, роды на 36 неделе беременности, стремительные, оценка по шкале Апгар 6 баллов на 1-й минуте, проводились реанимационные мероприятия. Состояние в 1-е сутки тяжелое за счет неврологической симптоматики (синдром угнетения). К груди приложен на 3-и сутки.

**Вопросы:**

1. Оцените направленность риска по заболеваниям.
2. Как должен наблюдать педиатр ребенка до 1 месяца?
3. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка в данное время?

**Эталоны ответов:**

1. Ребенок имеет направленность риска развития частых ОРВИ, патологии ЦНС, рахита, анемии, дистрофии, гнойно-септическим заболеваниям.
2. Еженедельно осмотр ребенка на дому врачом и 1 раз в неделю участковой мед.сестрой, в возрасте 1 месяц прием в поликлинике в день здорового ребенка.
3. Ребенку показана консультация невролога, окулиста.

**С49 ПК-1.2.11.** У мальчика 3 лет с катаральными явлениями в крови - эритроциты – 3 Т/л, гемоглобин – 75 г/л, сывороточное железо – 5 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Ребёнок нуждается в стационарном лечении?
2. Обоснуйте.

**Эталоны ответов:**

1. Да.
2. Согласно протоколу при первичной постановке диагноза дети со среднетяжелой анемией нуждаются в госпитализации.

**С50 ПК-1.2.12.** Врач измеряет артериальное давление ребёнку 13 лет, у которого окружность плеча равна 16 см.

**Вопросы:**

1. О чем говорит величина окружности плеча?
2. Нужно ли вносить в результат измеренной АД коррекцию и какую?

**Эталоны ответов:**

1. Можно ли пользоваться для измерения АД «взрослой» манжеткой и о необходимости вносить коррекцию в результат
2. Требуется коррекция в сторону увеличения на 15 мм рт. ст.

**С51 ПК-1.3.5ПК-1.3.5.** У ребёнка 2 лет с подозрением на муковисцидоз хлориды пота дважды 40 мэкв/л.

**Вопросы:**

1. Каковы Ваши дальнейшие действия?
2. Какой результат потовой пробы является диагностически значимым?

**Эталоны ответов:**

1. Молекулярно-генетический анализ
2. 60 мэкв/л

**С52 ПК-1.3.6.** Родители ребенка, получавшего преднизолон, самостоятельно его отменили. У ребёнка развилась резкая слабость, головная боль, тошнота, рвота, боли в животе, гипертермия, олигурия, гипотония, коллапс, кома.

**Вопросы:**

1. Какое состояние развилось у ребёнка?
2. Какую помощь следует оказать в первую очередь?

**Эталоны ответов:**

1. Острая надпочечниковая недостаточность
2. Ввести в/в дексаметазон или преднизолон

**С53 ПК-1.3.7.** У ребенка 7 лет с ОРВИ внезапно впервые развился приступ удушья.

**Вопросы:**

1. О какой патологии следует подумывать?
2. Почему это состояние не может быть обструктивным бронхитом?

**Эталоны ответов:**

1. Инородное тело дыхательных путей или бронхиальная астма.
2. В этом возрасте уже полностью сформировалась дыхательная система, поэтому

обструктивный бронхит невозможен.

**С54 ПК-2.1.2.** Мальчик 4 лет, заболел остро, температура до 39,4°C, появился озноб, болезненный непродуктивный кашель. При осмотре: заторможенность, бледность кожных покровов с выраженным румянцем на щеках, учащенное поверхностное дыхание, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки.. отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Аускультативно – ослабленное дыхание над зоной притупления, хрипы не выслушивались, ЧД – 42 /мин, ЧСС – 110 уд/ мин. SO<sub>2</sub> = 87%.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какова стартовая антибактериальная терапия?

**Эталоны ответов:**

1. Правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН II степени.
2. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной полости, бак.посев мокроты.
3. Амоксициллин: дети от 3 мес до 12 лет или с массой тела < 40 кг: 45-90 мг/кг/сутки (разделить на 2-3 приема).

**С55 ПК-2.1.5.** Мальчик 5 месяцев направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, недостаточной прибавки массы тела. С первого месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, метеоризм, «жирный» стул. состояние тяжелое. Масса – 4600 г, длина –55 см. Одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД 60 /мин, ЧСС 140 уд/мин. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит очень слабо. Клинический анализ крови: гемоглобин – 108 г/л. эритроциты– 4,66x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты – 12,7x10<sup>9</sup>/л, п/я – 11%, с/я – 42%, л – 32%, э – 5%, м – 10%, СОЭ – 14 мм/час. Копрограмма: большое количество нейтрального жира.Потовый тест по Гибсону-Куку – 78 ммоль/л, 82 ммоль/л, 75 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Установите клинический диагноз.
2. Назначьте лечебное питание с учетом возраста ребенка.

**Эталоны ответов:**

1. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. ДН II. БЭН.
2. Лечебное питание: высококалорийная диета (энергопотребление увеличивается на 120-150%), обогащенная белками, с повышенным содержанием жира. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании – смеси с повышенной квотой белка, калорийностью, с включением СЦТ, смеси на основе глубоких гидролизатов белка.

**С56 ПК-2.1.** У ребенка 3 лет на фоне ОРВИ развился приступ бронхообструкции.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение ОРВИ у ребенка?
2. Какую неотложную помощь следует оказать?

**Эталоны ответов:**

1. Острый обструктивный бронхит.
2. Ингаляции бронхолитиков ( $\beta_2$ -адреномиметиков, М-холинolitikов или их комбинаций).

**C57 ПК-2.1.8.** У маленького ребенка с ВПС во время операции имела место тяжелая церебральная ишемия. По тяжести состояния он находится в отделении интенсивной терапии и реанимации.

**Вопросы:**

1. В каком случае будет осуществлен переход на принципы паллиативной помощи?

**Эталоны ответов:**

1. Прогнозируемая длительность жизни 6 месяцев и менее, если болезнь будет протекать обычным образом.

**C58 ПК-2.2.1.** Ребенок 4 лет заболел остро, когда появились катаральные явления, затем присоединился сухой кашель, в семье болен старший ребенок, посещающий школу. В анамнезе atopический дерматит. 2 дня назад повысилась температура тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , сухой кашель. Состояние ребенка средней тяжести. ЧД -32 в/мин, ЧСС -110 уд/мин. Аускультативно – сухие свистящие хрипы на выдохе. После кашля количество хрипов уменьшается. В общем анализе крови: лейкоциты  $5,8 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы – 14%, п/я – 1%, с – 48%, л- 29%, м- 8%, СОЭ – 3 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план немедикаментозной и медикаментозной терапии.

**Эталоны ответов:**

1. Острый обструктивный бронхит. ДН 0.
2. Немедикаментозная терапия: обильное теплое питье до 100 мл/кг в сутки; стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции. Медикаментозное лечение: противовирусные препараты, муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте (сиропы или в виде ингаляций) в возрастной дозировке, Ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты или комбинированные бронхолитические препараты через небулайзер течение 3-5 дней.
3. Вирусная инфекция.

**C59 ПК-2.2.2.** Мальчик, 14 лет страдает Хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка. На момент обращения период ремиссии.

**Вопросы:**

1. Определите мероприятия реабилитации.

**Эталоны ответов:**

1. Рекомендуются санаторно-курортное лечение: естественные природные факторы (климат, минеральная вода, лечебная грязь), кинезотерапия, разнообразные формы и средства ЛФК, медицинский массаж, психотерапия, диетотерапия, фитотерапия и другие. Больным хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка назначают питьевые слабо- и среднеминерализованные углекислые гидрокарбонатные натриевые, натриевокальциевые, сульфатные кальциево-магниевые натриевыми воды (Боржоми, Березовские минеральные воды, Дарасун, Железноводск, Ижевские минеральные воды и др.). Минеральную воду назначают за 1-1,5 часа до еды, 3 раза в день.

**С60 ПК-2.2.5.** У ребенка развилась гипогликемическая кома.

**Вопросы:**

1. Назовёте оптимальный препарат неотложной помощи.
2. Что Вы введёте при отсутствии этого препарата?

**Эталоны ответов:**

1. Глюкагон
2. 40% р-р глюкозы

**С61 ПК-2.3.1** Мальчик, 12 лет, жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натошак, отрыжку воздухом, тошноту. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение. При осмотре: живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Стул регулярный. Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая оболочка антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Биопсийный тест на НР — (++)

**Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение данному больному.
3. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

**Эталоны ответов:**

1. Хронический гастродуоденит, обострение. НР+.
2. Антихеликобактерная терапия: амоксициллин (или кларитромицин), метронидазол, де-нол, эзомепразол — 12-14 дней. КВЧ-терапия. Диспансерное наблюдение у участкового врача и гастроэнтеролога. Дыхательный уреазный тест не ранее, чем через 6-8 недель.
3. Противорецидивное лечение весной, осенью, зимой. Лечебный стол № 5 с исключением жирных, жареных блюд, варка, запекание, тушение. Лечебно-охранительный режим.

**С62 ПК-2.3.2.** Мальчик 5 лет переносит ОРВИ в легкой форме.

**Вопросы:**

1. Предложите немедикаментозные методы реабилитации для ребенка.

**Эталоны ответов:**

1. Режим дня: удлинение времени сна, дневного и ночного; максимальное увеличение времени прогулок, в летнее время показан загородный отдых; обучение методам релаксации и аутотренинга. Питание: гипоаллергенная диета, употребление большого количества овощей и фруктов, серых круп, орехов, сухофруктов, увеличение количества белка на 10% в рационе, особенно в периоды повышенной заболеваемости, обогащение рациона фитонцидами. Прием витаминов с микроэлементами. Закаливание в ослабленной группе. Аэроионизация воздуха в помещении, где находится ребенок. Санация очагов инфекции. Фитотерапия – адаптогены курсами по 2–3 недели, фитонциды, сборы трав (аир, шиповник, шалфей, лен, чабрец, валериана, пустырник, мята, зверобой, череда, крапива); отвар овса (источник микроэлементов), шиповник, солодка.

**С63 ПК-2.3.5.** Мальчик 13 лет, находится в бессознательном состоянии на полу после удара электрическим током вследствие повреждения электрической проводки. Состояние больного тяжелое, внешнее дыхание сохранено, пульс на сонных артериях не прощупывается.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние развилось у ребенка?
2. Каков алгоритм оказания неотложной помощи?

**Эталоны ответов:**

1. Электротравма.
2. Освободить от влияния тока, соблюдать правила личной безопасности. ЭКГ-контроль для верификации нарушений ритма сердца. Анальгетики. При наличии ожогов - асептические повязки. Госпитализация в ожоговое отделение или ОИТ.

**С.64 ПК-3.1.1.** Ребенку в возрасте 4 месяцев диагностирован врожденный порок сердца: Тетрада Фалло.

**Вопросы:**

- 1 Показано ли ребенку оформление инвалидности?
- 2 Какая форма направления детей на медико-социальную экспертизу?

**Эталоны ответов:**

1. Да, показано
2. Для направления детей на медико-социальную экспертизу утверждена форма 088/у-06

**С65 ПК-3.1.3.** Ребенку 17 лет с диагнозом Сахарный диабет, тип 1 присвоен статус ребенка-инвалида.

**Вопросы:**

1. Какие виды реабилитации должны быть использованы?
2. Перечислите основные принципы медицинской реабилитации.

**Эталоны ответов:**

1. Медицинская реабилитация, физическая реабилитация, психологическая реабилитация, социальная (бытовая) реабилитация, трудовая (профессиональная) реабилитация.
2. Максимально раннее начало реализации восстановительного лечения, непрерывность и этапность проведения реабилитационных мероприятий, комплексный характер лечебных, социальных, психологических и других мероприятий, индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом течения процесса, возраста, условий и образа жизни больного ребенка.

**С66 ПК-3.1.4.** Мальчик 10 лет, жалобы на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы. Болен в течение 1,5 месяцев, когда, после чтения и старой книги из библиотеки появился навязчивый кашель. Прием бромгексина и АЦЦ эффекта не дал. В анамнезе атопический дерматит, с 8 лет – обструктивный бронхит 2-3 раза в год. У матери – поллиноз. При аускультации легких – жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы с обеих сторон, выдох удлинен, ЧД 24 в мин, ЧСС 88 в минуту.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз.
2. К какой группе здоровья относится данный ребенок?

3. Составьте план реабилитационных мероприятий.

**Эталоны ответов:**

- ДН1
1. Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период,
  2. Группа здоровья – третья.
  3. Комплекс мероприятий, направленных на достижение стойкой ремиссии: режим (гипоаллергенные условия быта), рациональное питание (исключение облигатных аллергенов), рациональная базисная терапия, терапия во время приступа, профилактика обострений (санация очагов хронической инфекции), ЛФК, дыхательная гимнастика.

**С67 ПК-3.1.6.** Ребенку 12 лет установлен диагноз хронического гломерулонефрита, гематурическая форма.

**Вопросы:**

1. Какими специалистами, и в какие сроки должен осматриваться ребенок в течение первого года диспансерного наблюдения?

**Эталоны ответов:**

1. Педиатр – в течение 3 мес. - 1 раз в 2 недели, в течение 1 года – 1 раз в мес., нефролог – в течение 3 мес. – 1 раз в мес., в течение 1 года – 1 раз в 3 мес., окулист – 2 раза в год, оториноларинголог – 2 раза в год, стоматолог – 2 раза в год.

**С68 ПК-3.1.7.** Ребенок 7 лет наблюдается по поводу бронхиальной астмы. В настоящее время констатирован ремиссия заболевания. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

**Вопросы:**

1. Какие курорты можно рекомендовать ребенку?
2. Какие документы необходимо оформить при направлении ребенка на санаторно-курортное лечение?

**Эталоны ответов:**

1. Санатории бальнеологического, климатического профиля в горных районах, на морском побережье, в зоне хвойных и смешанных лесов.
2. Путёвка, санаторно-курортная карта, полис обязательного медицинского страхования, анализ на энтеробиоз, справка врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе.

**С69 ПК-3.2.2.** Ребенку с диагнозом муковисцидоз присвоен статус ребенка-инвалида. Составлена индивидуальная программа реабилитации.

**Вопросы:**

1. Составьте комплекс мероприятий медицинской реабилитации в индивидуальной программе.

**Эталоны ответов:**

1. Восстановительная терапия: диета с увеличением калорий в рационе до 120- 150%, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки. Лечебная физкультура. Санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний.

**С70 ПК-3.2.3.** Девочка 10-ти лет страдает сахарным диабетом 1 типа без осложнений.



**Вопросы:**

1. Определите, какие мероприятия должны входить в индивидуальную программу реабилитации?

**Эталоны ответов:**

2. Санаторно-курортные организации - бальнеологические курорты с питьевыми минеральными водами и водами минеральными природными для наружного бальнеотерапевтического применения, диетотерапия, ЛФК, обучение в «школе сахарного диабета».

**С71 ПК-3.2.5.** На прием к участковому педиатру обратилась мать с ребенком 9 лет, состоящего на учете по поводу ревматизма с вопросом о направлении на санаторно-курортное лечение.

**Вопросы:**

1. Показано ли ребенку с ревматизмом санаторно-курортное лечение?
2. Каковы показания для направления?

**Эталоны ответов:**

1. Да, показано
2. Ревматизм в неактивной фазе (не ранее, чем через 8 месяцев после обострения).

**С72 ПК-3.2.7.** На прием к участковому педиатру обратилась мать с ребенком 5 лет, с диагнозом тонзиллогенная кардиомиопатия.

**Вопросы:**

1. Какой документ требуется оформить в данном случае?
2. Когда можно направить ребенка на санаторно-курортное лечение после тонзилэктомии?

**Эталоны ответов:**

1. Санаторно-курортная карта.
2. Не ранее, чем через 1 месяц после операции.

**С73 ПК-3.3.1** Мальчик, 1,5 года, жалобы на отсутствие аппетита, прибавки массы, обильный стул. На первом году жизни перенес сальмонеллез. Через месяц после выписки стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным, ребенок стал беспокойным, плаксивым, ухудшился аппетит, потерял в массе. Бак посев кала-отрицательный. При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Волосы тусклые. Тургор тканей снижен Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный в околопупочной, подвздошных областях. Печень +2см. Эзофагогастроуденоскопия: начальные отделы тощей кишки - слизистая оболочка сглажена, атрофична, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок. Гистологически: атрофические изменения слизистой оболочки тощей кишки в виде полного исчезновения ворсин, увеличения глубины крипт, межэпителиальных складок.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения основного диагноза?
3. Назначьте питание ребенку.

**Эталоны ответов:**

1. Целиакия.
2. Исследование антиглиадиновых антител (АГА), аутоантител к тканевой трансглутаминазе и эндомиозию.
3. Пожизненная безглютеновая диета.

**С74 ПК-3.3.2.** Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы атопической, персистирующей, тяжёлой, неконтролируемой.

**Вопросы:**

1. Определите группу здоровья.
2. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.

**Эталоны ответов:**

1. Группа здоровья V.
2. Показано оформление инвалидности.

**С75 ПК-3.3.3.** Ребенку 13 лет составлена программа реабилитации по диагнозу: Сахарный диабет, тип 1.

**Вопросы:**

1. Назовите виды реабилитации.
2. Какие пункты медицинской реабилитации должны быть использованы?

**Эталоны ответов:**

1. Медицинская, физическая, психологическая, социальная.
2. Раннее начало реализации восстановительного лечения, непрерывность и этапность проведения реабилитационных мероприятий, комплексный характер лечебных, социальных, психологических и других мероприятий, индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом течения процесса, возраста, условий и образа жизни больного ребенка.

**С76 ПК-3.3.4.** Мать с ребенком 6 лет на диспансерном приёме у участкового педиатра с целью оформления инвалидности по поводу ювенильного идиопатического артрита (полиартрит РФ-негативный), 3 стадия, ФС III.

**Вопросы:**

1. Определите группу здоровья.
2. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.

**Эталоны ответов:**

1. Группа здоровья V.
2. Показано оформление инвалидности.

**С77 ПК-3.3.5.** Девочка 14 лет, жалобы на кашель, приступы удушья, особенно в ночное время. Наблюдается по поводу бронхиальной астмы среднетяжелого персистирующего течения в течение 3-х лет. Базисную терапию не получала. Обострения 3-4 раза в год, кратковременные и купирующиеся самостоятельно либо после однократного приема  $\beta_2$ -агонистов. Ухудшение состояния последние 2 месяца, приступы участились до 2-3 в неделю, в основном в ночное время. Объективно: цианоз носогубного треугольника,

участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. В легких – сухие свистящие хрипы на фоне удлинённого выдоха, ЧД 40 в минуту, умеренная тахикардия.

#### **Вопросы:**

1. Есть ли показания к оформлению социального пособия и установление категории «ребенок-инвалид»?
2. Каков алгоритм оформления медицинской документации на МСЭ?
3. На какие сроки может устанавливаться категория «ребенок-инвалид»?

#### **Эталоны ответов:**

1. Нет. На медико-социальную экспертизу направляются дети с тяжело протекающей бронхиальной астмой со стойкими нарушениями функций бронхолегочной системы с ДН II – III (в диапазоне 40-100%, согласно приказа №585), приводящие к ограничению жизнедеятельности в категориях: самообслуживание, передвижение, обучение и др.

2. Ребенок направляется на МСЭ медицинской организацией в соответствии с решением ВКК при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций бронхо-легочной системы, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы.

3. Установление категории «ребенок - инвалид» возможно сроком на 1;2;5лет; до 18 лет.

**С78 ПК-3.3.6.** Мальчик 5 лет, часто длительно болеющий простудными заболеваниями. На третьем году жизни перенес ОРВИ 6 раз, острый обструктивный бронхит 1 раз, на 4-м году жизни дважды переболел острым простым бронхитом, 4 раза – орви, на пятом году – 7 раз ОРВИ. Острые респираторные заболевания протекают с легкими явлениями интоксикации, с субфебрильной температурой.

#### **Вопросы:**

1. Возможно ли санаторно-курортное лечение?
2. В каких дополнительных обследованиях и консультациях специалистов нуждается ребенок?

#### **Эталоны ответов:**

1. Возможно санаторное лечение в условиях местного санатория и санатория-курорта (с совместным пребыванием с матерью).

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов, иммунологическое обследование и консультация иммунолога, аллергологическое обследование и консультация аллерголога.

**С79 ПК-4.1.2.** На плановом диспансерном приеме у участкового педиатра ребенок 10 лет с диагнозом: Хроническим гастродуоденит с повышенной секреторной функцией не ассоциированного с НР, в фазе неполной ремиссии заболевания после выписки из стационара.

#### **Вопросы:**

1. Распишите план диспансерного наблюдения.

#### **Эталоны ответов:**

1. Осмотры ребенка: участковым педиатром 1 раз в 3 месяца, врачом гастроэнтерологом - 1 раз в 3 месяца, ЛОР-врач, стоматолог - 1 раз в 6 месяцев, врачом физиотерапевтом, врачом неврологом по показаниям. Обследования: перед каждым

осмотром врача педиатра и гастроэнтеролога проводится исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, 1 раз в год - исследование на яйца гельминтов, ЭФГДС - 1 раз в год при обострении заболевания. Противорецидивные курсы лечения: диетотерапия в объеме диеты 1, курс лечения антисекреторными препаратами (рабепразол, омепразол, альмогель), мукопротекторами (денол) по 2 раза в год (весной и осенью). Иммунизация по календарю профилактических прививок). Занятия физкультурой и спортом не противопоказаны. Санаторно-курортное лечение (в местной санатории через 3 месяца, в санатории курортной зоны через 6-12 мес).

**С80 ПК-4.1.6.** Мальчик, 7 мес, жалобы на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе после перевода на искусственное вскармливание молочными смесями с 2 мес. Ребенок от 2-й беременности, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Первый прикорм введен в 6 мес в виде овсяной каши на цельном молоке, что сопровождалось учащением стула, вздутием живота, выраженным беспокойством ребенка. Исключение молока из рациона питания ребенка и замена его на безмолочные каши привело к быстрому улучшению состояния. Семейный анамнез показал, что сестра 5 лет и мать ребенка не «любят» молоко.

#### **Вопросы:**

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте диету.

#### **Эталоны ответов:**

1. Лактазная недостаточность.
2. Копрограмма с определением уровня углеводов, генетическое обследование на непереносимость лактозы.
3. Диета безлактозная с использованием безлактозных смесей и прикорма безмолочной кашей.

**С81 ПК-4.1.7.** Мать с девочкой 1 месяца пришла к участковому врачу на профилактический осмотр. Из анамнеза: Мать 30 лет, страдает нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, отец 32 лет, слесарь, здоров. Девочка родилась от 3-й беременности, 1-х родов. 1 и 2 беременности закончились выкидышем. Течение настоящей беременности с угрозой прерывания в 12 недель. Роды срочные в 38 недель, оперативные. Оценка по Апгар 7/8 баллов, длина при рождении 53 см, масса тела - 3500 г, окружность головы - 35 см, окружность грудной клетки - 34 см. К груди приложили на 2-е сутки, сосала активно. В родильном доме патологии со стороны внутренних органов не было выявлено. Выписана домой на 7 сутки в удовлетворительном состоянии с массой тела 3450 г. Течение периода новорожденности: вскармливание грудное до 3-х недель, затем - искусственное. Физиологическая желтуха I степени, ликвидировалась к 10 дню.

#### **Вопросы:**

1. Какие обследования необходимо включить в профосмотр ребенка?
2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3. Какая форма заполняется после проведения профилактического осмотра?

#### **Эталоны ответов:**

1. Профилактический осмотр включает осмотр врача педиатра, выполнение общего анализа крови и общего анализа мочи, данному ребенку необходимо дополнительное обследование

уровня билирубина, АСТ, АЛТ, УЗИ органов брюшной полости, ЭХОКГ, НСГ, аудиологический скрининг (при отсутствии сведений).

2. Невропатолог, окулист, детский хирург.

3. Педиатр вносит запись в историю развития ребенка (форма 112/у), заполняется Учетная форма N 030-ПО/у-17 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

**С82 ПК-4.1.9.** Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому на плановый диспансерный осмотр. Известно, что ребёнок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре. Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем. После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.

#### **Вопросы:**

1. Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика?
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
3. Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объёме?

#### **Эталоны ответов:**

1. Невролог, детский хирург,
2. Исследования общего анализа крови, общего анализа мочи.
3. Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка; вирусного гепатита В; гемофильной инфекции; полиомиелита.

**С83 ПК-4.1.10.** Ребенок 5 лет. Вакцинирован по национальному календарю профилактических прививок. Посещает детский сад, в группе карантин по ветряной оспе в течение двух недель. Семья из 4 человек: родители и младший брат (9 месяцев), ветряной оспой не болели. Заболел остро - повышение температуры до 39°С, сыпь. Участковый педиатр на вызове поставил диагноз: «ветряная оспа типичная форма, период высыпания, средней степени тяжести». Ребенок получает лечение в амбулаторных условиях.

#### **Вопросы:**

1. Составьте план дальнейшей вакцинации данному пациенту.
2. Показана ли специфическая профилактика контактных в семье, не болевших ветряной оспой?

#### **Эталоны ответов:**

1. Временный медотвод от прививок на 2–4 недели, затем продолжить вакцинацию согласно национальному календарю.
2. В семье вакцинировать против ветряной оспы контактных родителей, не болевших ветряной оспой в первые 72 часа.

**С84 ПК-4.1.11.** Врачебный патронаж врача-педиатра участкового к девочке 8 дней. Ребенок от I беременности с поздним гестозом, ОРВИ в 12 недель, срочных родов (тугое, обвитие пуповиной вокруг шеи). Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов. Масса тела – 3240 г, длина – 53 см. К груди приложена на вторые сутки, сосала вяло, срыгивала. На третьи сутки появилось желтушное окрашивание кожи и склер. Группа крови матери и ребёнка O(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови: непрямой – 200 мкмоль/л, прямой – 3,4 мкмоль/л. При осмотре: девочка беспокойная, часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. В лёгких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные,

ритмичные, ЧСС – 136 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. Наружные половые органы сформированы правильно.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите группу здоровья и обоснуйте ее.

**Эталоны ответов:**

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксического генеза, ранний восстановительный период. Физиологическая желтуха новорождённых. На основании анамнеза (беременность с гестозом, ОРВИ, тугое обвитие пуповины вокруг шеи, по Апгар 5/8 баллов), объективного обследования (беспокойная, тремор подбородка, гипертонус разгибателей, мышечная дистония), лабораторного (уровень билирубина).

2. Группа здоровья II Б. Группа здоровья II выставлена потому, что ко 2 группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные отклонения.

**С85 ПК-4.1.12.** На приеме у участкового педиатра Никита М., 13 лет. Мальчик неделю тому назад выписан из стационара с диагнозом: внебольничная пневмония (вирусная), очаговая, затяжное течение, средней степени тяжести. В настоящее время жалобы на быструю утомляемость, головные боли, головокружения, периодически колющие боли в сердце. Объективно: состояние удовлетворительное. Изменений со стороны внутренних органов нет. Из истории развития ребенка следует, что он с момента рождения наблюдался во второй группе здоровья в связи с гипоксически - ишемическим поражением ЦНС. В раннем возрасте часто болел ОРВИ. В последующие годы диагностированы: дискинезия желчевыводящих путей, расстройство вегетативной нервной системы.

**Вопросы:**

1. Какие специалисты должны осмотреть ребенка?
2. Какой приказ утверждает инструкцию о комплексной оценке состояния здоровья детей?
3. Определите группу здоровья.
4. Укажите группу физвоспитания в школе.

**Эталоны ответов:**

1. Иммунолог, кардиолог, невролог.
2. Приказ № 621 от 30.12.2003 г. МЗ РФ.
3. Группа здоровья - вторая.
4. Группа занятий по физвоспитанию – подготовительная.

**С86 ПК-4.1.14.** Мать с девочкой 3 месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. В лабораторном анализе крови: эритроциты –  $3,16 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 110 г/л, ц.п. – 0,85, ретикулоциты – 1%, лейкоциты –  $10 \times 10^9$ .

**Вопросы:**

1. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?
2. Как контролировать эффективность лечения?
3. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка по анемии.

#### **Эталоны ответов:**

1. Определение сывороточного ферритина (снижено), общей железосвязывающей способности сыворотки крови (повышение), коэффициента насыщения трансферрина железом (менее 25%, при норме 30-50%), уровня сывороточного железа (снижение).

2. Повышение гемоглобина в первые две недели не ждать, повысится к 4 неделе, нормализация показателей гемоглобина ожидается к 6-8 неделе. Через 10-14 дней должно произойти увеличение ретикулоцитов – ретикулоцитарный криз; улучшение морфологии. Через 48 часов улучшения самочувствия.

3. Анализ крови развернутый 2 раза в мес. до нормализации, осмотр педиатра 1 раз в месяц (осмотр кожи, слизистых, пальпация печени и селезенки обязательна). Снимается с учета через 6 месяцев. Профилактические прививки разрешаются через 1 месяц после лечения, далее по календарю.

**C87 ПК-4.1.15** Мальчик 5 лет посещает детское дошкольное учреждение, где зарегистрировано несколько случаев заболевания острыми кишечными инфекциями. Заболел остро: повышение температуры тела до 38°C, рвота, жидкий стул с примесью слизи и зелени с прожилки крови, боли в животе перед актом дефекации. При осмотре: кожа бледная, язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации в левой подвздошной области болезненность и урчание. Печень +1 см. Сигмовидная кишка уплотнена, пальпируется в виде тяжа, болезненна при пальпации. В посевах кала - выделена *Shigella sonnei*.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

#### **Эталоны ответов:**

1. Острая кишечная инфекция (шигеллез): острое начало заболевания, интоксикационный синдром, болевой абдоминальный синдром, энтероколит с гемоколитом.

2. Больной изолируется на дому или госпитализируется в инфекционный стационар. В очаге проводится заключительная дезинфекция. Медицинское наблюдение за контактными проводится 7 дней и включает: опрос, осмотр и наблюдение за характером стула, термометрию. Контактным лицам назначается дизентерийный бактериофаг.

**C88 ПК-4.2.1.** При проведении профилактического осмотра у мальчика Ильи в возрасте 4 лет получены следующие данные. Физическое развитие: масса тела 16 кг. (4 кор.), длина тела 105 см. (5 кор.). Психомоторное развитие: мышление, моторика, внимание, память, социальные контакты и поведение – без отклонений; отмечается эмоциональная лабильность; днем в детском саду не спит; при волнении появляются красные пятна на лице, тербит одежду, грызет карандаши. Биологический анамнез: родился доношенным, массой 3700 г. На естественном вскармливании до 10 мес. На 1-м году жизни наблюдался неврологом по поводу гипоксически-ишемического поражения ЦНС с синдромом гипервозбудимости и ортопедом по поводу дисплазии тазобедренных суставов. В 2 года обследован у кардиолога (функциональный систолический шум, дополнительная хорда левого желудочка). Болеет ОРВИ 1-2 раза в год.

#### **Вопросы:**

1. Оцените физическое развитие.
2. Сделайте заключение по психомоторному развитию.
3. Назовите базовые критерии комплексной оценки состояния здоровья.

### Эталоны ответов:

1. Физическое развитие среднее, гармоничное.
2. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Наблюдаются отклонения в эмоционально - вегетативной области.
3. Согласно приказу № 621 от 30.12.2003 года система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях: наличие или отсутствие функциональных нарушений или хронических заболеваний; уровень функционального состояния основных систем организм; степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

**С89 ПК-4.2.2.** Ребёнку 4,5 мес., с неотягощённым анамнезом, сделана вторая профилактическая вакцинация АКДС и ИПВ. Предыдущие профилактические прививки, в том числе V1 АКДС и ИПВ девочка перенесла хорошо. На следующий день после прививки мать обратилась к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°C, беспокойство ребёнка, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, мать обвинила участкового педиатра и медицинскую сестру прививочного кабинета. При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины АКДС имеется умеренно болезненный инфильтрат диаметром 2×3 см, гиперемия до 4 см.

### Вопросы:

1. Как объяснить матери данную ситуацию?
2. Следует ли подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
3. Какова тактика участкового педиатра в отношении дальнейшей вакцинации ребёнка?

### Эталоны ответов:

1. Поствакцинальная реакция на прививку АКДС.
2. Экстренное извещение – не подается, т.к. это нормальная реакция на введение вакцины АКДС.
3. Ребёнок подлежит дальнейшей вакцинации АКДС на фоне жаропонижающих (парацетамол, ибупрофен в возрастных дозах в течение 2 дней) или можно заменить на ацеллюлярную вакцину (АаКДС).

**С90 ПК-4.2.4.** На приеме ребенка 2-х мес. мама предъявила жалобы, что малыш последние две недели не выдерживает интервалы между кормлениями, беспокоится. Ребенок на грудном вскармливании. За последний месяц поправился на 400г. и в настоящий момент весит 4200 г. Масса тела при рождении 3400 г.

### Вопросы:

1. С чем могут быть связаны предъявляемые мамой жалобы?
  2. Как это можно подтвердить?
  3. К развитию какого заболевания может привести (или уже привела эта причина)?
- Подтвердите свои предположения расчетом.

### Эталоны ответов:

1. Можно связать с голоданием ребенка, вероятно из-за нехватки ему молока, вследствие развивающейся гипогалактии у матери.
2. Это можно подтвердить путем проведения контрольного кормления (взвешивания).
3. Количественное голодание ребенка может привести к развитию гипотрофии.



Масса тела долженствующая равна  $3400+600+800$  г, т.е. 4800 г. Масса тела фактическая равна 4200 г. Дефицит массы тела равен 600 г или 12,5%, что соответствует гипотрофии I степени.

**С91 ПК-4.2.5.** Врачебный патронаж врача-педиатра участкового к мальчику 7 дней. Родился от 2 беременности. Мама 23 года, страдает хроническим пиелонефритом. Во время беременности – угроза выкидыша, анемия. Получала лечение: антибиотики, препараты железа. Роды I срочные, затяжные, ребенок закричал через 5 мин. Оценка по шкале Апгар 3-4 балла. Масса тела при рождении 2800 г., длина тела 49 см. У ребенка – врожденный порок развития (синдактилия правой кисти).

**Вопросы:**

1. Определите группу здоровья новорожденного, группу риска.

**Эталоны ответов:**

1. Группа здоровья III. Группы риска I, II, III, IV, V

**С92 ПК-4.2.6.** Первый врачебный патронаж к новорожденной девочке на 5 день жизни. Ребёнок от II беременности (I беременность – выкидыш в 7-8 нед.), протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, ОПГ-гестоза в III триместре – лечение в стационаре. Родыв срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, птоз век, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2 см, селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

**Вопросы:**

1. По какой группе здоровья будет наблюдаться ребёнок?
2. Какие группы риска у новорожденной?
3. О чём свидетельствуют стигмы дизэмбриогенеза?

**Эталоны ответов:**

1. Период новорожденности. Группа здоровья Пб.
2. Риск по развитию патологии ЦНС, заболеваний почек, обменным нарушениям.
3. Стигмы дизэмбриогенеза (малые аномалии развития) развиваются в результате воздействия различных неблагоприятных факторов в эмбриогенезе. Часто встречаются при хромосомных синдромах и наследственных заболеваниях. Диагностическое значение имеет выявление 5 и более стигм одновременно

**С.93 ПК-4.2.8.** Мальчик 5 лет в после ОРВИ. Часто болеет простудными заболеваниями. Ребенок с двух лет посещает детский сад. На третьем году жизни перенес ОРВИ 6 раз, острый обструктивный бронхит 1 раз, на 4-м году жизни дважды переболел острым простым бронхитом, 4 раза – орви, на пятом году – 7 раз орви. Острые респираторные заболевания протекают с легкими явлениями интоксикации, с субфебрильной температурой. У ребенка на прием антибиотиков пенициллинового ряда, цитрусовых и шоколада отмечаются аллергические реакции в виде крапивницы.

**Вопросы:**

1. К какой группе здоровья нужно отнести ребенка?
2. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении, если да, то какие

документы нужно оформить при постановке на диспансерный учет?

3. Каковы подходы к вакцинации детей с данной патологией?

**Эталоны ответов:**

1. Ребенок относится ко II группе здоровья как часто длительно болеющего.

2. Ребенка необходимо взять на диспансерный учет как минимум на 2 года.

Оформляется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (у.ф. 030/у), составляется план диспансерного наблюдения на 1 год, определяются основные пути реабилитации (формы и методы). Педиатр – 1 раз в 3 месяца. ЛОР 2 раза в год, по показаниям – чаще. Стоматолог – 2 раза в год. Аллерголог – 1 раз в год. Врач ЛФК 2 раза в год. Врач-физиотерапевт – 2 раза в год. ОАК 2 раза в год. ОАМ 2 раза в год. Анализ кала на яйца глистов – 2 раза в год.

3. Вакцинация данного ребенка проводится по календарю профилактических прививок по окончании острых проявлений заболевания, на фоне антигистаминной терапии до и после прививки коротким курсом.

**С94 ПК-4.2.9.** Ребёнка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°С. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение. Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.

**Вопросы:**

1. Опишите профилактические и противоэпидемические мероприятия.

**Эталоны ответов:**

1. Профилактические мероприятия: вакцинопрофилактика – против гриппа, пневмококка. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческого нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно. Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфа-интерферон интраназально). Противоэпидемические мероприятия: госпитализация по клиническим показаниям: все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести. дети из закрытых коллективов (школы, интернаты, санатории, дома ребёнка). Мероприятия в очаге инфекции: частое проветривание помещений, влажная уборка. Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъёма заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.). Допуск в коллектив: по выздоровлению.

**С95 ПК-4.3.1.** Участковый врач планирует проведение профилактического осмотра детей своего участка.

**Вопросы:**

1. Согласно какому приказу устанавливается порядок проведения медицинских осмотров несовершеннолетних?

2. Каковы цели проведения медосмотров?

**Эталоны ответов:**

1. Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних проводится в соответствии с Приказом МЗ РФ от 23.11.2021 N 514н "Об утверждении порядка проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

2. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и

психотропных веществ, туберкулеза, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

**С96 ПК-4.3.2** На приеме ребенок в возрасте 8 мес. Привит согласно календарю, кроме вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка. Находитесь на естественном вскармливании. В анамнезе -до 6 мес. получал лечение у невропатолога по поводу двукратного эпизода фебрильных судорог на фоне перинатального поражения ЦНС. В настоящее время здоров.

**Вопросы:**

1. Подлежит ли ребенок вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка?
2. Какие вакцины можно использовать?
3. Нуждается ли ребенок в подготовке к вакцинации?

**Эталоны ответов:**

1. Подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка.
2. АДС, АДС-М.
3. Вакцинацию проводить на фоне назначения фенобарбитала за 5-6 дней до и после вакцинации.

**С97 ПК-4.3.5.** Мальчику 12 лет при врачебном осмотре установлено: анемия с содержанием гемоглобина в крови 110–108 г/л, невротические и неврозоподобные расстройства, выражающиеся кризоподобными соматовегетативными нарушениями с выраженными клиническими проявлениями и снижением работоспособности.

**Вопросы:**

1. К какой группе здоровья относится ребенок?
2. Какие критерии учитывают при определении группы здоровья?

**Эталоны ответов:**

1. На основе выявленных нарушений ребёнка можно отнести к II группе здоровья: здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

2. Для определения группы здоровья учитываются следующие критерии: наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (состояний) с учётом клинического варианта и фазы течения патологического процесса; уровень функционального состояния основных систем организма; степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

**С98 ПК-4.3.6** У подростка 15 лет в стационаре диагностирована эссенциальная гипертоническая болезнь, 1 стадия. Назначено лечение. При осмотре в поликлинике после выписки из стационара общее состояние удовлетворительное. Выписан участковым педиатром в школу.

**Вопросы:**

1. Дайте рекомендации по наблюдению за ребенком в школе.
2. Определите медицинскую группу по физкультуре для занятий в школе.

**Эталоны ответов:**

1. Наблюдение врачом школы с осмотром 1 раз в 3 мес. Врач школы направляет на консультацию к врачам специалистам поликлиники: кардиолог - 1 раз в 6 мес., невролог - по показаниям, ЛОР - 1 раз в 6 мес, стоматолог - 1 раз в 6 мес. Объем обследования: врач

педиатр школы 1 раз в 10 дней трехкратно измеряет уровень артериального давления, направляет в поликлинику на исследование общего анализа крови - 2 - 3 раза в год, общего анализа мочи - 1 раз в 6 мес.

2. Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, далее - специальная группа.

**С99 ПК-4.3.7.** На приеме у участкового педиатра мама девочки 4 лет предъявляет жалобы на частые острые респираторные заболевания, затруднение носового дыхания, храп во сне, гнусавый оттенок голоса ребенка. Перенесенные заболевания: на 1 году жизни – ОРВИ 2 раза, на 2 году – ОРВИ 4 раза, на 3 году – ОРВИ 5 раз, на 4 году – ОРВИ 6 раз, острый бронхит – 1 раз.

#### **Вопросы:**

1. Составьте план диспансеризации этого ребенка.

#### **Эталоны ответов:**

1. План диспансеризации: педиатр – 1 раз в 3 месяца. ЛОР – 2 раза в год, по показаниям – чаще., стоматолог – 2 раза в год, врач ЛФК – 2 раза в год, врач-физиотерапевт – 2 раза в год, пульмонолог, фтизиатр, иммунолог – по показаниям, общий анализ крови 2 раза в год, общий анализ мочи 2 раза в год, анализ кала на яйца глистов – 2 раза в год, аллергологическое обследование с постановкой кожных проб – в период ремиссии, по показаниям – иммунологический статус, R-грамма органов грудной клетки.

**С100 ПК-4.3.8** Пациент М. 13 лет страдает Хроническим гастритом со сниженной секреторной функцией желудка. На момент обращения период ремиссии.

#### **Вопросы:**

1. Определите мероприятия реабилитации.

#### **Эталоны ответов:**

1. Рекомендуются санаторно-курортное лечение: естественные природные факторы (климат, минеральная вода, лечебная грязь), искусственно моделированные природные факторы, кинезотерапия (разнообразные формы и средства ЛФК, медицинский массаж), психотерапия, диетотерапия, фитотерапия и другие. Больным хроническим гастритом со сниженной секреторной функцией желудка назначают питьевые средне- и высокоминерализованные хлоридно-натриевые, гидрокарбонатные натриевые водами (курорты Бобруйск, Горячий Ключ, Эссентуки, Нальчик, Старая Русса, Усть-Качка, Юрмала и др.). С целью стимуляции секреции желудочного сока и соляной кислоты минеральную воду назначают за 15-20 минут до еды, 3 раза в день.

**С.101 ПК-4.3.9.** У больного ребенка, 10 лет, быстро повысилась температура до 39,20с, появились головная боль, боли в мышцах, незначительный кашель. Была диагностирована пневмония и назначено соответствующее лечение.

#### **Вопросы:**

1. Назовите противоэпидемические мероприятия в очаге.

#### **Эталоны ответов:**

1. Изоляция, наблюдение за контактными 10 дней, камерная дезинфекция в очаге.

**С102 ПК-4.3.10.** На прием к участковому врачу пришла мать с девочкой 7 лет для прохождения скрининг-обследования обучающихся в образовательных организациях.

### **Вопросы:**

1. Что включает в себя программа скрининг-обследования обучающихся в образовательных организациях?

### **Эталоны ответов:**

1. Анкетирование детей и их родителей. Индивидуальная оценка физического развития детей и подростков. Измерение артериального давления для выявления гипертонических и гипотонических состояний. Выявление нарушений осанки с помощью визуального исследования. Выявление уплощения стоп и плоскостопия с помощью плантографии. Исследование остроты зрения. Выявление предмиопии (склонности к близорукости) с помощью теста Малиновского. Выявление нарушений бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке. Выявление скрытого косоглазия. Выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи

**С 103 ПК-5.1.4.** На долю умерших в неонатальном периоде от всей младенческой смертности, если родилось живыми в данном году – 11560, в предыдущем – 10200, умерло в возрасте до 1 года – 135, из них в первую неделю жизни – 82, с 7 дня жизни по 28 день – 32 ребенка.

### **Вопросы:**

1. Вычислите показатель младенческой смертности.

### **Эталоны ответов:**

1. Показатель младенческой смертности рассчитывается по формуле Ратса: Отношение числа умерших детей в возрасте до 1 года к числу родившихся живыми ( $\frac{2}{3}$  в данном году +  $\frac{1}{3}$  в предыдущем)  $\times 1000$ .

В неонатальный период жизни умерло всего  $82 + 32 = 114$  детей. Составляем пропорцию: если 135 умерших детей до 1 года составляет 100%, то 114 умерших детей в неонатальный период будет равен «х». Рассчитанный областной показатель младенческой смертности (12,2‰).

**С104 ПК-5.1.5.** На приеме у педиатра мать с ребенком 5 лет, который переносит острый бронхит. Мать работает, в настоящее время находится в очередном отпуске.

### **Вопросы:**

1. Выдается ли в этом случае матери листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком?
2. Какой документ должна предъявить мать в поликлинике для оформления листка нетрудоспособности?

### **Эталоны ответов:**

1. Нет.
2. Паспорт.

**С105 ПК-5.1.6.** Мальчик 6 лет, жалобы на затрудненное дыхание. От III беременности (дети от I и II беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости). С рождения постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующем неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой. Состояние мальчика тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД – 40/мин., ЧСС – 120 уд/мин. Грудная клетка бочкообразной формы. В легких дыхание ослабленное в нижних отделах справа. Печень +5 см. Стул обильный, с жирным блеском.

### **Вопросы:**

1. Установите диагноз.
2. Нуждается ли ребенок в социальной защите?
3. Каковы правила оформления направления на медико-социальную экспертизу?

### **Эталоны ответов:**

1. Муковисцидоз, смешанная форма (легочно-печеночно-кишечная), тяжелое течение; правосторонняя пневмония. ДН II.
2. Да. Учитывая прогноз, нуждаемость в постоянном ежедневном постороннем уходе (диета, прием препаратов и пр.). с
3. При направлении пациента на МСЭ заполняется ф 088/у с результатами лабораторных и инструментальных методов обследования, клинический диагноз (основной, сопутствующий, осложнения), клинический прогноз, реабилитационный потенциал, реабилитационный прогноз, необходимые мероприятия по медицинской реабилитации.

**С106 ПК-5.2.3.** Одним из основных документов участкового педиатра является паспорт педиатрического участка.

### **Вопросы:**

1. Каково значение данного документа?

### **Эталоны ответов:**

1. Паспорт врачебного участка педиатрического предназначен для получения информации о численности детского населения, его местонахождении и план-схеме участка, о половозрастном и социальном составе прикрепленного контингента, структуре заболеваемости, наличии детей, имеющих право на получение набора социальных услуг. Паспорт дает возможность учесть, оценить и проанализировать обоснованность проведения лечебно-профилактических мероприятий, качество оказания медицинской помощи.

**С107 ПК-5.2.5.** Участковый педиатр при составлении отчета о лечебно-профилактической работе участка рассчитал показатель полноты охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью.

### **Вопросы:**

1. О чем свидетельствует этот показатель?
2. Напишите формулу его расчета.

### **Эталоны ответов:**

1. Показатель полноты охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью уточняет общий показатель диспансеризации и характеризует уровень обеспечения детей отдельными видами помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивным лечением и др.).

2. Показатель рассчитывают по формуле: Число детей состоящих под диспансерным наблюдением и получивших различные виды помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивное лечение) на 100 и разделить на число детей состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в получении различных видов помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивное лечение) на конец отчетного года.

**С108 ПК-5.2.5** Мальчик В.2 года болеет детским церебральным параличом. Наблюдается врачом неврологом и врачом педиатром детской поликлиники с рождения.

Врач педиатра готовит документы для направления несовершеннолетнего ребенка на медико-социальную экспертизу.

**Вопросы:**

1. Опишите последовательность алгоритма действий врача педиатра.

**Эталоны ответов:**

1. Врач педиатр направляет пациента на необходимые дообследования и консультации узких специалистов в соответствии с требованиями Приказа Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы». Обследование должно проходить не более, чем за 30 дней от принятия решения о направлении ребенка на МСЭ. В срок не более 1 рабочего дня после получения результатов медицинских обследований врач оформляет в электронном виде в медицинской информационной системе направление на МСЭ ф.088/у

**С109 ПК-5.2.7.** У ребенка 6 лет, страдающего бронхиальной астмой, возникают приступы удушья не чаще 1-2 раз в неделю, ночные приступы –2-4 раз в месяц. Приступы протекают с нарушением функции дыхания, требуют назначения бронхолитиков, кортикостероидов. ПСВ <75%. суточное колебание ПСВ 20-30%. Ограничена переносимость физических нагрузок.

**Вопросы:**

1. Установите диагноз согласно клиническим рекомендациям.
2. Показано ли ребенку санаторно-курортное лечение?
3. Какая медицинская документация оформления для направления на санаторно-курортное лечение?

**Эталоны ответов:**

1. Бронхиальная астма, среднетяжелое, персистирующее течение ДН II.
2. Не показано в период обострения, показано в период ремиссии с легкими (нечастыми приступами), в теплое время года рекомендованы санатории в следующих климатических зонах: приморские –средиземноморского типа и умеренной степной зоны, горные – лесной и лесотпеной зоны, равнинные). В фазе нестойкой ремиссии – санатории местные - (зона проживания) в своей климатической зоне.
3. Заполняется медицинская документация - ф 076/У.

**С110 ПК-5.3.3.** Участковый педиатр при составлении отчета о лечебно-профилактической работе участка, рассчитал показатель полноты охвата профилактическими осмотрами детей (распространённости) детей педиатрического участка за отчетный год.

**Вопросы:**

1. Напишите формулу расчета этого показателя.

**Эталоны ответов:**

1. Данный показатель рассчитывается путём умножения числа осмотренных детей во время профилактических осмотров на 100 и деления на число детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам.

**С111 ПК-5.3.4.** Участковый педиатр планирует направить ребенка на МСЭ для оформления инвалидности с диагнозом: Сахарный диабет, тип 1, впервые выявленный.

### **Вопросы:**

1. Опишите последовательность действий участкового педиатра.
- 2.

### **Эталоны ответов:**

1. На основании данных анамнеза, клинического, лабораторно-инструментального обследования ребенка, выявление стойкого нарушения функций организма, и категорий жизнедеятельности врач составляет план диагностики здоровья, обследования ребенка. Прохождение врачей-специалистов в соответствии с имеющимися заболеваниями по направлению врача педиатра участкового. Врачебная комиссия в поликлинике принимает решение о направлении ребенка на МСЭ. Направление документов в МСЭ. Прохождение МСЭ. Получение заключения МСЭ и установление инвалидности.

**С112 ПК-5.3.5** На педиатрическом участке под наблюдением врача педиатра участкового в течение года находилось 135 детей первого года жизни. Во время профилактических осмотров детей первого года жизни было осмотрено в 3 месяца - 135 детей, 6 мес. -132 ребенка, в 9 мес.-133 ребенка, в 12 мес. -135 детей.

### **Вопросы:**

1. Рассчитайте показатель охвата профилактическими осмотрами детей первого жизни на участке в течение года.

### **Эталоны ответов:**

1. Всего было проведено 535 профилактических осмотров детей первого года, планировалось к проведению 540 осмотров. для определения показателя охвата детей первого года профилактическими осмотрами необходимо 535 умножить на 100 и разделить на число запланированных осмотров, что составляет 96.4 %.

**С113 ПК-5.3.6.** Ребёнок с сахарным диабетом нуждается в оформлении статуса ребенка-инвалида.

### **Вопросы:**

1. Кто принимает решение об оформлении формы 088/у для направления ребенка на медико-социальную экспертизу?
2. Что оформляется при отказе в выдаче формы 088/у?

### **Эталоны ответов:**

1. Врачебная комиссия детской поликлиники.
2. Протокол врачебной комиссии с занесением в электронную амбулаторную карту. Пациенту или его законному представителю на руки выдается выписка из протокола.

**С114. ПК-5.3.7.** Девочка М., 3 лет с рождения наблюдается по поводу муковисцидоза, легочной формы, двухстороннего гайморита, задержки физического развития. Постоянно получает ферментотерапию, гепатопротекторы, жирорастворимые витамины. Редивы пневмоний до 2-х раз год - антибиотикотерапия, ингаляций пульмозима с целью разжижения мокроты и облегчения ее выделения, муколитическая терапия, лечебная физкультура, лечебное питание. Мать ребенка обратилась к врачу с целью установления категории «ребенок-инвалид» и разработки индивидуальной программы реабилитации.

### **Вопросы:**

1. Нуждается ли ребенок в социальной защите?
2. Каков алгоритм действий участкового педиатра согласно нормативным документам для направления на МСЭ?



### **Эталоны ответов:**

1. Да.

2. После получения письменного согласия гражданина, либо его законного представителя на проведение медико-социальной экспертизы медицинская организация при направлении пациента на МСЭ заполняет ф 088/у на основании приказа №585н от 27.08.2019г. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» и приказа Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения

клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы"