Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 10.10.2023 10:18:22
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор образовательной
деятельности и молодежной политике
_____Т.В. Бородулина
«___» _____ 2023г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по производственной практике
«Клиническая практика. Помощник врача детской поликлиники. НИР»

Специальность: 31.05.02. Педиатрия

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация – врач-педиатр

г. Екатеринбург
2023 год

Приложение

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по производственной практике «Клиническая практика. Помощник врача детской поликлиники. НИР»

За каждый вид выполненной работы в течение производственной практики студент ежедневно получает баллы, которые суммируются и к зачету допускаются студенты, набравшие 40 баллов и больше.

По окончании производственной практики проводится итоговая аттестация, включающая решение ситуационных задач, демонстрации практических навыков.

1. Примерные темы НИР, предлагаемые студентам во время производственной практики

1. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
2. Методика проведения ЭКГ
3. Сердечно- легочная реанимация младенца
4. Методика проведения профилактического осмотра
5. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
6. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
7. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
8. Методика проведения аускультации легких
9. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
10. Методика проведения профилактического осмотра
11. Сердечно- легочная реанимация младенца
12. Методика проведения ЭКГ
13. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
14. Методика проведения аускультации легких
15. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
16. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
17. Сердечно- легочная реанимация младенца
18. Методика проведения аускультации легких
19. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
20. Методика проведения ЭКГ
21. Сердечно- легочная реанимация младенца
22. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
23. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
24. Методика проведения профилактического осмотра
25. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
26. Методика проведения ЭКГ
27. Сердечно- легочная реанимация младенца
28. Методика проведения профилактического осмотра
29. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
30. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
31. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
32. Методика проведения аускультации легких
33. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
34. Методика проведения профилактического осмотра
35. Сердечно- легочная реанимация младенца
36. Методика проведения ЭКГ
37. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
38. Методика проведения аускультации легких
39. Сердечно-легочная реанимация (базовая)

40. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
41. Сердечно- легочная реанимация младенца
42. Методика проведения аускультации легких
43. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
44. Методика проведения ЭКГ
45. Сердечно- легочная реанимация младенца
46. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
47. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
48. Методика проведения профилактического осмотра
49. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
50. Методика проведения ЭКГ
51. Сердечно- легочная реанимация младенца
52. Методика проведения профилактического осмотра
53. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
54. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
55. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
56. Методика проведения аускультации легких
57. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
58. Методика проведения профилактического осмотра
59. Сердечно- легочная реанимация младенца
60. Методика проведения ЭКГ
61. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
62. Методика проведения аускультации легких
63. Сердечно-легочная реанимация (базовая)
64. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
65. Сердечно- легочная реанимация младенца
66. Методика проведения аускультации легких
67. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
68. Методика проведения ЭКГ
69. Сердечно- легочная реанимация младенца
70. Проведение ингаляционной терапии с использованием небулайзера
71. Сердечно-легочная реанимация новорожденного
72. Методика проведения профилактического осмотра

Критерии оценивания НИР:
Содержание не соответствует теме, оформлена НИР не правильно – 0 баллов
Содержание не полное, НИР оформлена с незначительными погрешностями – 5 баллов
Содержание недостаточно полное, НИР оформлена правильно – 8 баллов
Содержание полное развернутое, оформление соответствует требованиям – 10 баллов

2. Ситуационные задачи по производственной практике

ЗАДАЧА № 1

Мальчику К., 8 дней (врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу).

Из анамнеза: родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты № 113 известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина – 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери

и ребёнка О (I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная. Лечение: р-р магнезии в/м, фенобарбитал, бифидумбактерин, но-шпа, оксигенотерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм Энфамилом. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы – 350 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает Энфамилом. Ребёнок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая чистая. Большой родничок 3,5х3,5 см., не выбухает. Малый родничок 1х1 см. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук лёгочный. Тоны сердца громкие. ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезёнка – у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью зелени. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите группу здоровья.
3. Укажите факторы и группы риска, их направленность.
4. Какие причины возникновения желтухи в данном случае механизмы её развития
5. Составьте план дифференцированного наблюдения за ребенком на участке, календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.
6. Какие рекомендации Вы должны дать матери ребёнка?

ЗАДАЧА № 2

Девочке И. 4,5 мес.

Из анамнеза: ребенку сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-ой день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8^{o}. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз
2. Какие лечебные мероприятия следует провести
3. Как объяснить матери данную ситуацию
4. В чём заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
5. Можно ли считать курс вакцинации данного ребёнка против дифтерии и столбняка законченным
6. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок

ЗАДАЧА № 3

Девочка 1,5 лет.

На приеме у педиатра мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, выраженного кожного зуда, нарушение сна.

Из анамнеза: грудное вскармливание до 3 месяцев. Для «улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком. С 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке кашу на

коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни. Ребенок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал лечение дерматолога - мази с топическими стероидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2-3 месяца.

У матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

При осмотре: девочка возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна. Аппетит снижен. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц кожа гиперемирована, отечна, покрыта микровизикулами. Наблюдаются мокнутие, множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык обложен белым налетом. По внутренним органам – без явных отклонений от нормы, печень +2 см из-под ребра. Стул кашицеобразный, с непереваренными комочками пищи.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз согласно классификации и обоснуйте
2. Каковы причины заболевания у данного ребенка
3. Назначьте необходимое обследование.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по питанию.

ЗАДАЧА № 4

Девочка К., 4 года. Во время утреннего приема детей в группу детского сада воспитатель выявила сыпь на шее.

Из анамнеза: у брата девочки (посещает 2 класс школы) в течение 4 дней «болело горло». К врачу по этому поводу она не обращалась, лечение проводила сама (полоскание горла раствором фурациллина, отвар ромашки, теплое питье). Наличие сыпи мама объяснила тем, что девочка вчера съела много шоколадных конфет.

При осмотре: Состояние средней тяжести; термометрия – 37,8°С. Во время осмотра у ребенка однократная рвота съеденной пищей. Ребенок вялый, капризничает, жалуется на боли в горле при глотании. Неврологический статус без особенностей. Кожные покровы суховаты. На умеренно гиперемированном фоне яркая мелкоточечная сыпь (до 2 мм в диаметре), которая располагается на сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища. Наблюдается сгущение сыпи в естественных складках кожи (шея, в подмышечных и паховых областях, подколенных ямках). Отмечается белый, быстро исчезающий дермографизм; бледность носогубного треугольника на фоне гиперемии щек и яркости губ. В зеве – яркая отграниченная гиперемия мягкого неба. Небные миндалины резко гиперемированы, увеличены до II степени, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; пульс 100 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул был утром, не изменен. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Нуждается ли этот ребенок в экстренной госпитализации. Назовите показания к госпитализации. Какие документы необходимо оформить медицинскому персоналу детского дошкольного учреждения по поводу этого случая заболевания.
3. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада необходимые при этом инфекционном заболевании.

4. Принципы лечения ребенка в амбулаторных условиях. Сроки выписки ребенка в детское дошкольное учреждение.
5. Какие обследования, в какие сроки необходимо провести ребенку в период реконвалесценции этого заболевания?
6. Назовите возможные осложнения (ранние и поздние) этого заболевания.

ЗАДАЧА № 5

Мальчик А., 3 года (посещает детский сад).

Из анамнеза: заболел остро, с подъема температуры тела до 37,5°С и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. У ребенка отмечается небольшая вялость. Аппетит сохранен. Температура 38°. Носовое дыхание свободное. Зев рыхловат. На слизистой полости рта везикулезные высыпания. Миндалины рыхлые, отёчные. Кожа физиологической окраски. На лице, ваолосистой части головы, туловище и конечностях – везикулезная сыпь без тенденции к слиянию. В легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в детском саду и в семье.
5. Существует ли активная иммунизация против данного заболевания.

ЗАДАЧА № 6

Девочка А., 6 лет

Из анамнеза: 8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребёнком посетили цирк. На следующий день – подъем температуры до 37,5°. Появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день девочка выписана в детский сад. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре: у ребенка отмечается небольшая вялость. Аппетит сохранен. Температура 38,5°, определяется лёгкая гиперемия конъюктивы глаз. Носовое дыхание свободное. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отёчные с наложениями жёлтого цвета. При пальпации - увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Кожа физиологической окраски. На лице, туловище и конечностях –пятнисто-папулёзная сыпь без тенденции к слиянию. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. В легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Оцените течение поствакцинального периода.
2. Перечислите осложнения, возникающие после введения коревой вакцины.
3. Ваш диагноз, необходимо ли дополнительное обследование ребенку для его уточнения.
4. Назначьте лечение. Показания для госпитализации.
5. Необходимы ли какие-либо эпидемиологические мероприятия.
6. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно вводить другие вакцины.

ЗАДАЧА № 7

К мальчику Р. 3-х лет вызвана бригада «Скорой помощи». 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом.

Из анамнеза: известно, что ребёнок болен в течение 2-х дней внебольничной среднетяжелой пневмонией. Участковый врач был накануне и назначил амоксициллина клавуланат. В анамнезе никаких аллергических реакций не наблюдалось. В возрасте 2-х лет ребёнок болел острым гнойным отитом, лечился амоксициллином, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне, склонная к слиянию, с зудом. Лицо гимперемировано, отечное. Затруднён выдох. Частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и сухие свистящие хрипы на выдохе. Перкуторно- звук с коробочным оттенком. Справа под лопаткой притупление легочного звука. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные. Живот доступен пальпации, безболезненн. Печень + 1 см. из под края рёберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз
2. Первая врачебная помощь.
3. Оцените тактику лечения внебольничной пневмонии.
4. Дальнейшая тактика лечения.
5. Какие рекомендации следует дать родителям ребёнка

ЗАДАЧА № 8

Вызов к мальчику А. 2-х лет с жалобами на повышение температуры до 37,3° и припухлости около левого уха.

Из анамнеза: ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до неё переболел ОРВИ. На первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенёс нормально.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Показана ли госпитализация данного ребёнка.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребёнка
3. Назначьте лечение.
4. Какова возможная причина выявленных изменений у ребёнка?
5. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от других прививок.
6. Может ли данный ребёнок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом.
7. С какими другими вакцинами совместима прививка против эпидемического паротита?

ЗАДАЧА № 9

Мальчик 3 лет.

Из анамнеза: заболел в детском саду - повторная рвота, повышение температуры тела до 38,3°С, жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, желто-зеленого цвета с резким запахом, не переваренный. Воспитатель сообщила родителям и вызвала СМП.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 35,8°С, вялый, пьет неохотно, капризничает. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая оболочка полости рта суховата, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс - 160 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула.

Вчера еще двое детей из данной группы детского сада были госпитализированы с похожими симптомами.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный клинический диагноз. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый клинический диагноз
2. Объясните патогенез развития диарейного синдрома при этом заболевании и тип диареи.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями.
4. Определите показания для госпитализации.
5. Какие лекарственные препараты этиопатогенетического воздействия можно использовать при лечении этого заболевания (режим дозирования и курс лечения)
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА 10

Мальчик Ю. 4 года. Вызов врача неотложной помощи в 4 часа утра.

Жалобы повышение температуры до 38,5° С, насморк, лающий кашель, осиплость голоса, затруднённое, шумное дыхание.

Из анамнеза: ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.

До настоящего времени ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1.5 года перенёс острый обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учёте не состоит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре: ребёнок возбуждён. Кожа чистая, горячая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Нёбные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 35 в минуту. ЧСС – 126 уд. в мин., АД – 85/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см. из под края рёберной дуги.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Наиболее вероятная этиология данного заболевания. Нуждается ли ребенок в госпитализации.

2. Патогенез. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае. Какие морфологические и функциональные особенности детского организма способствуют развитию данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Неотложная помощь.
5. Какие осложнения угрожают ребёнку.

ЗАДАЧА № 11

Девочка Ю., 2 года. Вызов врача неотложной помощи в 7 часа утра

Жалобы на повышение температуры до 37,5° С, лающий кашель, осиплость голоса, затруднённое, шумное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро под утро.

Из анамнеза: до настоящего времени девочка росла и развивалась соответственно возрасту. В возрсте 6 мес. был поставлен диагноз атопический дерматит. Часто болеет ОРВИ. За последний год перенесла подобные состояния уже 7 раз.

У матери девочки бронхиальная астма. Отец курит. В доме есть кошка и собака. Состоит на диспансерном учете у пульмонолога с диагнозом рецидивирующий стенозирующий ларингорахеит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кашель «лающий», частый, осиплость голоса. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Нёбные миндалины II степени, чистые. Отмечается умеренная заложенность носа. ЧД - 35 в минуту. Кожа чистая, физиологической окраски. В покое дышит свободно, при плаче дыхание затруднено, слышен шумный вдох с втяжением межреберий на вдохе. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин., АД – 85/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень и селезенка не увеличены.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Неотложная помощь. Режим дозировнаия лекарственных препаратов. Нуждается ли ребенок в госпитализации.
3. Каковы причины повторяющихся эпизодов стенозирующего ларинготрахеита
4. Дальнейшая тактика врача.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения повторных эпизодов стенозирующего ларинготахеита. Разработайте план диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА №12

Новорожденная девочка А. поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней.

Из анамнеза: ребёнок от II беременности (первая закончилась выкидышем). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась кромогексалом, сальбутамолом. 2 раза переболела ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери различные атопические заболевания. Роды срочные, путём Кесарева сечения, оценка по Апгар – 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2800 г., длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30-40 мин., срыгивала.

При осмотре: стояние ребенка удовлетворительное. При осмотре потягивается, объем движений удовлетворительный. Вскармливание естественное. Сосёт вяло, с перерывами, необильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3х3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий,

безболезненный. Печень + 1 см., селезёнка не пальпируется. Стул 5 раз в день, жёлтый, кашицеобразный.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Оцените массо-ростовой коэффициент при рождении у данного ребёнка.
2. Определите группу здоровья ребёнка. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.
4. Какие советы по питанию необходимо дать матери ребёнка
5. Были ли противопоказания для вакцинации БЦЖ в роддоме
6. Календарь профилактических прививок у данного ребенка.

ЗАДАЧА № 13

Девочка Н., 3 года. (обращение матери с жалобами на длительный кашель у ребенка в течении 2,5 месяцев).

Из анамнеза: 2 месяца назад отмечался подъем температуры до 38,5°С и кашель, по поводу чего ребенок в течение 3-х дней получал азитромицин и жаропонижающие средства. Через 10 дней вновь появилось покашливание, по поводу которого ребенок длительно получал отхаркивающие средства без эффекта. Кашель сухой, непродуктивный.

Наследственность – аллергоанамнез спокоен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Ребенок активен. Температура нормальная. ЧД 30 в минуту. Аппетит сохранен. Носовое дыхание свободное, выделений нет. Зев спокоен. Кожа физиологической окраски, чистая. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, по передней поверхности выслушиваются рассеянные сухие хрипы, в задненижних отделах – влажные среднепузырчатые хрипы. Кашель малопродуктивный, в течении дня. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 96 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Необходимые диагностические мероприятия для установления (верификации) диагноза.
3. Оцените лечебную тактику участкового педитара. Какие ошибки, на ваш взгляд, допущены при ведении данного ребенка.
4. Основные принципы терапии, дозы препаратов, длительность терапии и контроль ее эффективности.
5. Определите необходимые профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА № 14

Девочка Я., 3 месяца.

Пришла на профилактический приём к участковому педиатру. Жалоб нет.

Из анамнеза: ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом II-й половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г., длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 мес., далее молочная смесь «Нутрилон». Прибавка в массе тела за 3 мес. – 2100 г. В возрасте 2,5 мес. перенесла ОРВИ.

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное. Подкожно-жировой слой выражен достаточно, равномерно. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. из под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

В анализе мочи: pH – слабо кислая, белок 0,033 г/л, лейкоциты –1-3 в п/зр.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – 3,7 х 10^{12}/л, цп – 0,85, лейкоциты – 8,5 х 10^{9}/л, б-1%, э-3%, п-2%, с-32%, л-58%, м-4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (N 24-33 пг)

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния
2. Что такое цветовой показатель. Вычислите его и оцените.
3. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза.
4. Нуждается ли ребенок в лечении. Какие препараты следует выбрать. Их побочные действия. Как контролировать эффективность лечения.
5. Нуждается ли ребенок в коррекции питания.
6. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-м году жизни. Когда следует проводить вакцинацию

ЗАДАЧА № 15

Мальчик М. 3 года.

Из анамнеза: предположительно за 60 минут до прибытия машины «Скорой помощи», съел неизвестное количество таблеток. Родители. обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребёнка, вызвали скорую помощь.

Бабушка ребёнка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин.

При осмотре: состояние тяжёлое. Сомналентность, оценка по шкале Глазго 10 баллов. Зрачки сужены. Периодически судороги, с преобладанием клонического компонента. Кожные покровы и склеры глаз гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Дыхание поверхностное с частотой 40 в минуту. Аускультативно на фоне лёгочного дыхания выслушиваются небольшое количество хрипов проводного характера. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 60 в минуту. АД – 70/20 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень + 1 см. из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Не мочился.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз
2. Дальнейшая тактика лечения.
3. Неотложная помощь. Условия транспортировки.
4. К какой фармакологической группе относятся нифедипин. Его действие.
5. Возможные последствия для жизни и здоровья ребёнка.
6. Рекомендации родителям.

ЗАДАЧА № 16

Мальчик Г., 5 мес.

Профилактический приём к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Из анамнеза: ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г., длиной – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем молочная смесь

«Нутрилон». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина $Д_2$ с 2-х месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана I прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на приём к врачу не явились.

В течение последних 2-х месяцев мать обращает внимание на то, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются рёберные «чётки». Большой родничок 4х4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. На коже стойкий красный дермографизм. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в мин. Живот большой распластанный, безболезненный. Печень +2,5 см., селезёнка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию
2. Оцените физическое развитие ребёнка.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести
4. Повышенная экскреция каких веществ с мочой типична при данном заболевании. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза
5. Какие дефекты ведения ребёнка имели место.
6. Можно ли проводить вакцинацию.
7. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 17

Девочка А., 12 лет.

Из анамнеза: Девочка больна 2-й день. Жалуется на головную боль и боль в горле при глотании, температура тела 39°С. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,8° С.

Анамнез жизни: росла и развивалась без особенностей. Профилактические прививки проведены по календарю. В последние 2-3 года девочка часто болеет ОРВИ, 3 раза перенесла ангину.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Катаральный синдром выражен. Зев ярко гиперемирован, миндалины отечны, наложения в лакунах бело-желтого цвета с обеих сторон.. Тонзиллярные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см, болезненные при пальпации. Отмечается отек и гиперемия uvula. Кожный покров чистый, бледный. В легких дыхание проводиться по всем полям. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные методы исследования следует провести
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Необходима ли госпитализация
5. Назначьте лечение: препараты, дозы, длительность терапии, контроль эффективности.
6. Повлияет ли данное заболевание на проведение последующих прививок у ребенка

ЗАДАЧА № 18

Девочка А., 8 дней. (I патронаж).

Из анамнеза: ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II-ой половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм. рт. ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса тела 3200 г., длина – 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Индекс отягощённости генеалогического анамнеза – 1,0.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Объем движений достаточный. Крик громкий. Вскармливание грудное, сосет активно. Голова округлой формы, БР 2см×2 см, швы сомкнуты. Слизистые чистые, саливция достаточная. Обращают на себя внимание стигмы дисэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, в стадии эпителизации. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см., селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный, желтый.

ЗАДАНИЕ

1. Определите группу здоровья данного ребёнка. По развитию какой патологии он угрожаем
2. Как определяется индекс отягощённости генеалогического анамнез. Каким он должен быть в норме.
3. Составьте план наблюдения данного пациента на первом году жизни.
4. Нуждается ли ребенок в дополнительном наблюдении специалистов и дополнительном обследовании. Если да, то к какие сроки?
5. План профилактических мероприятий. Ваши рекомендации матери ребёнка. Что такое вторичная профилактика и нужна ли она в данном случае

ЗАДАЧА № 19

Мальчик К., 5 месяцев.

Вызвана бригада «Скорой помощи» в связи с резкой одышкой, свистящего и шумного дыхания, преходящего цианоза кожи, которые появились за 2 часа до вызова «Скорой помощи».

Анамнез заболевания: ребенок болен в течение 2х дней. Отмечаются повышение температуры тела до 37,8°С, непродуктивный кашель, насморк.

При осмотре: ребенок в сознании, заторможен, на болевые раздражители реагирует. Питание понижено. Кожа бледная, с цианотичным оттенком. Зев гиперемирован, из носа скудное слизистое отделяемое. Раздувание крыльев носа. Дыхание свистящее, слышно на расстоянии, втяжение уступчивых мест грудной клетки. ЧД 60 в 1 минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом. Повсеместно выслушиваются свистящие хрипы в сочетании с влажными мелкопузырчатыми хрипами на выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 150 уд/мин. АД 85/45 мм рт.ст. SatO2 89%. Живот подвздут, безболезнен при пальпации. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Какова наиболее вероятная этиология заболевания
2. Назовите ведущий патологический синдром, обусловливающий тяжесть состояния ребенка.

3. Определите показания для госпитализации
4. Алгоритм неотложной помощи. Методы проведения кислородотерапии.
5. Назначьте лечение. Режим дозирования и алоритм назначения лекарственных препаратов.

ЗАДАЧА № 20

Мальчик В., 18 дней.

Участковый врач пришёл на I патронаж

Из анамнеза: Ребёнок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях). В 8 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии.

На 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Получал антибактериальную терапию (цефтриаксон в/м 10 дней). Выписан на 17 сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Нутрилон». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Сосет активно. Адекватно реагирует на осмотр. Обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненый, печень + 3 см., селезёнка у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ

1. Оцените состояние здоровья ребенка. Группа здоровья, направленность и степень риска.
2. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.
3. Какова наиболее вероятная этиология пиодермии. Её лечение.
4. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери
5. Принципы диспансерного наблюдения, проведение вакцинации.
6. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании.

ЗАДАЧА № 21

Девочка А., 14 лет (вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу)

Из анамнеза: во время контрольного урока по математике девочка внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 мин. сознание восстановилось и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку.

Со слов педагога девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учёте. К моменту прибытия скорой помощи повторная потеря сознания.

При осмотре: При осмотре кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Слизистые чистые, бледные. Частота дыхания 30 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 70/40 мм. рт. ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в мин.Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец P определяется, интервал P-P постоянный, интервал P-R постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС – 40 в мин.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз

2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи. Условия транспортировки. Дальнейшая тактика.
3. Что такое проводящая система сердца. Основные структурные компоненты, их функция.
4. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы у пациентки в данном случае.
5. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки
6. Вероятный прогноз.

ЗАДАЧА № 22

Мальчик И, 13 дней (I-й патронаж)

Из анамнеза: Ребёнок от II-ой беременности, (предыдущая закончилась рождением здорового ребёнка). В I триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит. Ребенок родился доношенный с массой тела - 2960 г, длиной – 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, он был переведен в специализированное отделение, обследован, диагноз: ВПС дефект межжелудочковой перегородки, $НК_0$. Выписан на педиатрический участок на 12 сутки с рекомендациями кардиолога.

При осмотре: При осмотре состояние ребёнка удовлетворительное, грудь сосёт активно. Кожа и слизистые чистые, цианоза нет. Рефлексы новорожденного демонстрирует в полном объеме. Дыхание пуэрильное. Хрипов нет. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с p. max. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над лёгочной артерией. ЧСС – 126 в мин., при нагрузке – до 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2см., селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

ЗАДАНИЕ

1. Определите группу здоровья ребёнка
2. План динамического наблюдения на педиатрическом участке. Особенности проведения профилактических мероприятий в данном случае. Совместно, с каким специалистом должен наблюдаться ребёнок
3. Укажите возможную лечебную тактику в отношении данного пациента
4. Укажите нормальные границы абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденных
5. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на лёгочной артерии при данной патологии
6. Какие варианты исходов могут быть при данной патологии

ЗАДАЧА № 23

Девочка В., 4 года.

Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад.

Из анамнеза: среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка. Известно, что ребёнок никакими бронхолёгочными заболеваниями не страдает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Ребёнок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднён. Носовое дыхание свободное. Выделений нет. Зев чистый. Миндалины не увеличены. Слизистая ротовой полости физиологической окраски, чистая. Над лёгкими перкуторный звук не изменён. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Выслушивается удлиненный шумный вдох. Тоны сердца

звучные, ритмичные. ЧСС – 100 уд. в мин. АД – 95/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Предположите уровень положения обтурации.
2. Неотложные мероприятия. Алгоритм.
3. Условия транспортировки.
4. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка
5. Показания и противопоказания для проведения трахеостомии.
6. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.

ЗАДАЧА № 24

Мальчик С., 4 года.

Из анамнеза: известно, что мальчик от молодых, здоровых родителей. Развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался невропатологом по поводу церебральной ишемии, в дальнейшем – частые острые респираторные заболевания.

Посещает детский сад в течение 2-х месяцев. Со слов матери ребёнок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойный, трудно засыпает, периодические подёргивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребёнок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, несвязанные с приёмом пищи. Заметно похудел.

В группе детского сада конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен. Длина тела 104 см., масса – 14 кг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. При раздражен, негативен. Носовое дыхание затруднено, выделения слизистого характера. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия нёбных миндалин II степени. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 128 уд. в мин.; АД 95/60. Живот мягкий, умеренная болезненность без чёткой локализации. Печень + 1 см., селезёнка не увеличена.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Что означает понятие адаптации
2. Оцените состояние ребенка и степень тяжести дезадаптации. Прогноз.
3. Оцените физическое развитие.
4. План профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий. Консультации каких специалистов необходимы.
5. Основные механизмы участия нейро-эндокринной системы в развитии адаптационно-приспособительных реакций. Реакция иммунной системы на процесс адаптации.
6. Причины психомоторных нарушений у данного ребёнка.

ЗАДАЧА № 25

Мальчик Л., 8 месяцев (направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°С и выраженным возбуждением).

Из анамнеза: ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°С, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. Лечились симптоматически (туалет носа, отвар ромашки). На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°С. Вызвана СМП.

При осмотре: отмечаются бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев

ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД - 54 в. минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно - звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя -II ребро, левая - на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 138 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ - 112 г/л, Эр - $3,8x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,83, Лейк - $5,8x\ 10^{9}$/л, п/я - 4%, с - 32%, э - 1 %, л - 56%, м - 7%, СОЭ - 11 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае
2. Какие лабораторные тесты могут подтвердить этиологию заболевания
3. Какова тактика ведения данного ребенка. План неотложных мероприятий. Режим дозирования лекарственных препаратов
4. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании
5. Объясните механизм развития повышения темпреатуры тела у данного больного.
6. Каким специалистам нужно показать данного ребенка

ЗАДАЧА № 26

Девочка Л., 2 месяца 25 дней.

Мать с ребёнком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Жалобы - в последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Из анамнеза: родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32 недели перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г., длина – 51 см. Из роддома выписана на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4.600 г., длина – 57 см., окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела 36,8°.

При осмотре: состояние удовлетворительное. На осмотр реагирует беспокойно, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлекс Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Ребёнок на естественном вскармливании. Сосет активно. Периодически срыгивает. Слизистые чистые, зев спокоен. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе (толщина складки 0.2 см), истончён на конечностях (толщина складки 0,3 см). Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из под края рёберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз

2. Определите физическое развитие ребенка. Вычислите долженствующую массу тела ребенка.
3. Оцените психомоторное развитие ребёнка
4. Назначьте лечение.
5. План профилактических мероприятий. Сроки проведения профилактических прививок.
6. Прогноз состояния здоровья ребёнка при отсутствии своевременной коррекции патологии.

ЗАДАЧА № 27

Девочка И., 4 года.

Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда вечером поднялась температура до 39°С, насморк. Была вызвана «неотложная помощь». Врач диагностировал ОРВИ, назначил симптоматическое лечение.

Сегодня состояние ребёнка резко ухудшилось (отсутствие аппетита, слабость, головная боль, мышечные боли), повторный подъём температуры до 38°С, появился сухой, навязчивый кашель.

Известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологичные. В раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, острые заболевания редко. С 3,5 лет посещает детский сад; часто болела ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. В лечении часто применялись антибиотики

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Отмечается вялость, слабость. Аппетит снижен. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени. Носовое дыхание свободное. Кашель сухой, частый. Кожные покровы чистые, бледные с сероватым оттенком, умеренным периоральным цианозом. При аускультации дыхание проводиться во все отделы, справа от угла лопатки дыхание резко ослабленное, определяется укорочение перкуторного звука, на высоте вдоха крепитирующие хрипы в нижних отделах правого лёгкого. ЧД – 52 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стула не было. Диурез не снижен.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы подтвердить Ваш диагноз.
3. Тактика лечения (патогенетическое, симптоматическое). Режим дозирования лекарственных препаратов, длительность терапии.
4. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.
5. Показания для госпитализации.
6. Диспансерное наблюдение ребенка на педиатрическом участке. План реабилитации ребёнка.

ЗАДАЧА № 28

Мальчик П., 8 лет

Плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы.

Из анамнеза: Ребенок болен с 6-ти месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-х летнего возраста, наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю). Ребенок обучается на дому. Последний приступ - 2 недели назад.

Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад - стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, ОФВ 70%, ПСВ - 75%, тест с бронхоспазмолитиком положителен. Выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания 20 в мин. Пульс 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см., эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает базисную терапию – β_2-адреномиметики пролонгированного действия с ингаляционными глюкокортикоидами.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Показано ли оформление инвалидности ребёнку. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Принципы назначения базисной терапии.
4. Методы контроля эффективности проведения базисной терапии.
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок ребёнку.
6. Рекомендации родителям по уходу за ребенком.

ЗАДАЧА № 29

Девочка П., 13 лет.

Обратилась к участковому педиатру с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Из анамнеза: ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Mensis нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Формула полового развития Ma3P2Ax2Me3, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с p. maximum на верхушке. ЧСС – 100 уд. в мин., АД – 90/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: pH - слабо кислая, белок 0,066г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – 3,8 х 1012/л, ЦП-0,7, лейкоциты – 7,6 х 109/л, б - 0%, э - 5%, п - 4%, с -59%, л - 28%, м - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. СГЭ – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз. Диагностика данного заболевания
2. Причины развития данного заболевания
3. Оцените половое развитие ребёнка
4. Назначьте лечение.

5. Рекомендации по питанию.
6. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА № 30

Девочка М., 6 месяцев.

Из анамнеза: матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением; курит. Ребёнок от II-ой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды, в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (молочная смесь «Малютка», 220 мл на приём, каша 180-200г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 9700, длина – 67 см., окружность грудной клетки – 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые чистые. Большой родничок 1 х 1 см. Не напряжён. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребенка
3. Оцените нервно-психическое развитие ребенка
4. Причины развития данной патологии у детей. Методы профилактики.
5. План наблюдения за ребёнком на 1-м году. Проведение вакцинации.
6. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином «Д»?

Критерии оценивания:
«не выполнено» – 0 баллов
«выполнено частично» – 10 баллов
«выполнено с недочетами» – 15 баллов
«выполнено в полном объеме» – 20 баллов

3. Перечень практических навыков во время освоения модуля производственной практики «Клиническая практика. Помощник врача детской поликлиники, НИР»

№	Наименования практического навыка	Рекомендуемое количество для аттестации
Работа на базе лечебно-профилактического учреждения		
Поликлиника*		
1	Вызов/актив к остро заболевшему ребенку	25
2	Патронаж к новорожденному	5
3	Профилактический осмотр	10
4	Оформление истории развития ребенка	40
5	Выписка рецептов препарат/питание	20/5
****Отделение неотложной помощи поликлиники**		
6	Вызов к остро заболевшему ребенку	10
7	Оформление документации	10
*****Станция скорой медицинской помощи**		
8	Вызов к остро заболевшему ребенку	7
9	Оформление документации	7

Работа в центре «Практика»		
10	Сердечно-легочная реанимация (базовая)	1
11	Сердечно-легочная реанимация младенца	1
12	Сердечно-легочная реанимация новорожденного	1
13	Аускультация легких	1
14	Проведение ЭКГ	1
15	Профилактический осмотр ребенка	1
16	Проведение ингаляций с использованием компрессорного небулайзера	1
***Перечень практических навыков к модулю поликлиника**		
	Оформление основной типовой медицинской документации: ф.№112/у,026/у, 030/У – 04,031/У, 054/У – 04,058/У, 060/У, 063/У, 070/У – 04, 076/У-04, 077/У-02,079/У, 086/У, 088/У, 107/У-02	
	Выписка рецептов на молочную кухню, на медикаменты детям различных возрастных групп, в том числе льготный	
	Выписка листов нетрудоспособности родственникам по уходу за больным ребенком	
	Сбор и оценка социального, биологического и генеалогического анамнеза	
	Расчет питания детям первого года жизни	
	Составление режима дня для здоровых детей грудного и раннего возраста, для больных различных возрастов и групп здоровья	
	Антропометрия с заключением по физическому развитию	
	Оценка нервно-психического развития ребенка	
	Определение группы здоровья и группы направленного риска на основании комплексной оценки состояния здоровья детей	
	Проведение профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста	
	Проведение профилактики рахита у детей раннего возраста	
	Оформление этапного и переводного эпикризов на детей и подростков	
	Формирование диспансерных групп. Оформление карты диспансерного больного	
	Выписка направлений -в стационар -дневной стационар -диагностический центр	
	Оформление документации на ребенка, поступающего в образовательное учреждение (ДОУ, СОШ). Определение медицинской группы для занятий физкультурой	
	Оценка степени тяжести адаптации детей к дошкольно-школьным учреждениям	
	Оформление санаторно-курортной карты, справок в летние лагеря отдыха	
	Оформление направления на медико-социальную экспертизу	
	Расчет дозы и разведение лекарственных средств/рецепт	
****Перечень практических навыков к модулю отделение неотложной помощи**		
	Забор материала для исследования: взятие мазков из зева, носа, глаз, необходимый материал для лабораторных исследований	

	Измерение артериального давления	
	Расчет дозы и разведение лекарственных средств/рецепт	
	Лабораторная экспресс-диагностика (сахар крови)	
	Отоскопия	
	Оказание неотложной помощи при лихорадке	
	Оказание неотложной помощи при синдроме бронхиальной обструкции	
***Перечень практических навыков к модулю станция скорая медицинская помощь		
	Подкожные инъекции	
	Внутримышечные инъекции	
	Внутривенные инъекции	
	Санация верхних дыхательных путей	
	Наложение повязок	
	Промывание желудка	
	Очистительные клизмы	
	Катетеризация мочевого пузыря	
	Введение газоотводной трубки	
	Транспортная иммобилизация	
	Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме	
	Оказание неотложной помощи при обмороке	
	Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке	
	Оказание неотложной помощи при крапивнице, отеке Квинке	
	Оказание неотложной помощи при синдроме крупа	
	Оказание неотложной помощи при отравлениях	
	Оказание неотложной помощи при тепловом и солнечном ударе	
	Оказание неотложной помощи при инородном теле	
	Оказание неотложной помощи при укусе насекомых	
	Оказание неотложной помощи при отравлениях	

Критерии оценивания практических навыков:
«не выполнено» – 0 баллов
«выполнено частично» – 10 баллов
«выполнено с недочетами» – 15 баллов
«выполнено в полном объеме» – 20 баллов

4. Методика балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по производственной практике «Клиническая практика. Помощник врача детской поликлиники. НИР»

Виды учебной деятельности для достижения результатов освоения программы производственной практики

№ п/п	Виды учебной деятельности для достижения результатов освоения программ практики	трудоемкость часы
1.	**Подготовительный этап**	
1.1	Инструктаж по технике безопасности	2
1.2	Знакомство с базой практики	2
2	**Производственный этап**	
2.1	Работа в детской поликлинике на приеме	52
2.2	Работа в детской поликлинике на вызове, патронаже	26

2.3	Работа в детской поликлинике в отделении неотложной помощи	24
2.4	Дежурство на станции скорой помощи	24
2.5	Работа в центре «Практика»	2
2.6	Семинарские занятия	6
3	Самостоятельная работа	72
4	Итоговый контроль (дифференцированный зачет): практические навыки, ситуационная задача	6
	Итого	216

Виды практической работы, форма контроля и диапазоны рейтинговых баллов по итогам текущего контроля

Вид контроля	Вид практической работы и форма контроля	Min. балл	Max. балл	Примечание
Текущий контроль	1. Ежедневная работа в отделении (проверка посещаемости руководителем практики, ведение графика посещаемости)	20	20	Ежедневная оценка посещаемости: 1 балл - за рабочий день; 0,5 балла - при опоздании или досрочном уходе; 0 баллов - при невыходе на работу. Обязательна отработка пропущенных дней и часов
	1. Оформление дневника в конце рабочего дня (ежедневная проверка руководителем практики с подписью)	5	10	Ежедневная оценка качества оформления дневника: 0,5 балла за день / 10 баллов за всю практику – «отличное» оформление дневника с соблюдением правил; 0,4 балла за день / 8 баллов за всю практику – «хорошее» оформление дневника, соблюдена структура документа, неполно отражено содержание знаний, умений и навыков; 0,3 балла за день / 6 баллов за всю практику – «удовлетворительное» ведение дневника, соблюдены правила оформления документа, содержание знаний, умений и навыков со значительными недочетами; При отсутствии дневника или при несоблюдении правил оформления – «не зачтено».
	2. Выполнение перечня практических навыков (запись в дневнике, проверка руководителем практики, характеристика сотрудников ЛПУ)	10	20	1 балл за освоение 1-го практического навыка (список обязательных практических навыков) на уровне «владения», то есть самостоятельное выполнение действия и манипуляции. Ему предшествует получение «знания» о практическом навыке и «умение» выполнять действия и манипуляции с помощью преподавателя или медицинского персонала.
	3. НИР (сдача на проверку преподавателю, устный доклад)	5	10	4 балла – работа на «удовлетворительно», 6 баллов – работа на «хорошо»; 8 баллов – работа на «отлично» без устной защиты или на «хорошо» с ответами на дополнительные вопросы; 10 баллов – «отличная» работа с устной защитой.
Итого:		40	60	
		Чтобы получить допуск к зачету студент минимально должен набрать 40 баллов		

Виды контроля и диапазоны рейтинговых баллов при проведении зачета с оценкой

Виды контроля	Min. балл	Max. балл	Примечание
1. Решение ситуационных задач	10	20	70-79% правильных ответов – 10 баллов; 80-89% правильных ответов – 15 баллов; 90-100% правильных ответов – 20 баллов.
2. Сдача практических навыков	10	20	Освоение практических навыков на уровне «знания» - 10 баллов; Освоение практических навыков на уровне «умения» - 15 баллов; Освоение практических навыков на уровне «владения» - 20 баллов.
3. Итого	20	40	

С целью поощрения студентов за демонстрацию высоких учебных достижений, высокой учебной мотивации, прилежания и на основании высоких результатов текущего контроля, студентам, которые желают получить оценку в формате «автомат», могут предоставляться премиальные баллы (5 баллов за санпросвет работу в виде наглядного пособия, 1 балл за каждый освоенный практический навык сверх обязательных).

Для перевода итогового рейтинга студента по производственной практике в аттестационную оценку вводится следующая шкала:

Аттестационная оценка студента по производственной практике	**Итоговый рейтинг студента по производственной практике**
«Неудовлетворительно»	0 – 59
«Удовлетворительно»	60 – 69
«Хорошо»	70 – 84
«Отлично»	85 – 100

До итогового контроля студент вправе добрать баллы до минимальной суммы рейтинговых баллов (40 баллов), при которой он может быть допущен к зачету. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме отработок пропущенных дней (часов), переоформления дневника, а также дополнительным выполнением и демонстрацией практических навыков.

Добор баллов по итоговому контролю (до min 20) осуществляется повторной демонстрацией практических навыков и повторным тестированием до достижения положительного результата.