



Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Профилактика наиболее распространенных неинфекционных заболеваний у детей»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	д.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой
Н.А. Воронкова		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Дмитриев	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой детских болезней и госпитальной педиатрии
Н.М. Шарапина		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Главный врач ГБУ РО «Городская детская поликлиника №7»

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023г

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

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

**Примеры заданий в тестовой форме**

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

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

Правильный ответ - В

**2. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

Правильный ответ - А

**3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

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

Правильный ответ - А

**4. ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

Правильный ответ – А

**Критерии оценки тестового контроля:**

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

**Примеры контрольных вопросов для собеседования:**

1. Главные пищевые аллергены у детей атопическим дерматитом на первом году жизни.
2. Факторы риска развития железодефицитной анемии у детей первого года жизни.
3. Правила введения прокорма у детей в атопическим дерматитом

**Критерии оценки при собеседовании:**

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

правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

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

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

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

### **Примеры ситуационных задач:**

#### **Ситуационная задача №1.**

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см. Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м<sup>2</sup>, объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $5,5 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
4. Что включает современное комплексное лечение больного?
5. Назовите методы профилактики ожирения у детей и подростков.

#### **Ситуационная задача №2**

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее - на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2-3 месяца. У матери ребёнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить. Объективно: масса девочки – 12500 г, при

осмотре возбуждена, осмотреть себя даёт с трудом, не контактна. Кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулёзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из- под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день. Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель – 0,98, лейкоциты –  $6,3 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат рекомендуется пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Каковы методы первичной, вторичной и третичной профилактики данного состояния?

### **Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

### **Примеры тем рефератов/презентаций**

1. Взаимосвязь дефицита витамина Д и нарушения микробиома на развитие аллергопатологии у детей.
2. Гипоаллергенные диеты кормящей матери и ребенку первого года жизни: мифы и реальность.
3. Ожирение у детей: особенности развития и диетической коррекции в разные периоды детства

### **Для оценки презентаций:**

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

случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

## **2.Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплин Форма промежуточной аттестации в 11 семестре - зачет Порядок проведения промежуточной аттестации**

### **Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут(I). Билет состоит из одного вопроса, одного кейса ( ситуационной задачи) и теста из 30 вопросов(II).

Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

### **Фонды оценочных средств**

**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)**

**для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**«Профилактика наиболее распространенных неинфекционных заболеваний у детей»**

**ОПК-2**

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

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

**Вопросы для индивидуального собеседования:**

1. Связь генетической предрасположенности и факторов риска в развитии наиболее распространенных неинфекционных заболеваний у детей.
2. Малоподвижный образ жизни среди детей и подростков: тенденции в зависимости от возраста, гендерных принадлежностей, семейных традиций.
3. Роль нарушений питания и пищевого поведения в формировании ожирения и метаболического синдрома у детей и подростков.
4. Негативная роль табакокурения на развитие бронхиальной астмы и респираторных аллергических заболеваний у детей.
5. Табакокурение подростков как фактор риска формирования наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (бронхиальной астмы, ожирения,

- сердечно – сосудистой патологии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки).
6. Анорексия и булимия а подростковом периоде.
  7. Курение электронных сигарет и развитие тяжелых поражений бронхолегочной системы в подростковом периоде.
  8. Роль физической культуры и спорта в профилактике ожирения у детей и подростков.
  9. Роль закаливания в профилактике респираторных заболеваний детей и подростков.
  10. Кинезитерапия как метод реабилитации и профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний в детском возрасте
  11. Профилактическая роль грудного вскармливания в формировании ожирения и метаболических нарушений у детей.
  12. Факторы риска развития ожирения у детей в возрастном аспекте.
  13. Профилактическая роль грудного вскармливания в развитии паратрофии и ожирения у детей.
  14. Ожирение у детей: классификация, клиника, осложнения, диагностический алгоритм.
  15. . Ожирений у детей как эпидемия 21 века.
  16. Психологические аспекты ожирения в подростковом возрасте: социальная изоляция, риски развития булимии, анорексии, бесплодия.
  17. Артериальная гипертензия у детей и подростков как осложнение ожирения.
  18. Наиболее частые причины артериальной гипертензии в педиатрии.
  19. Сахарный диабет 2 типа в педиатрической практике: мифы и реальность.
  20. Синдром обструктивного апноэ в педиатрии при ожирении у детей.
  21. Роль физической культуры и спорта в профилактике ожирения у детей и подростков.
  22. Диетотерапия и медикаментозная коррекция ожирения у детей.
  23. Диспансеризация детей и подростков с ожирением.
  24. Диспансеризация детей и подростков с артериальной гипертензией.

**Тесты (правильный ответ – А):**

**1. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ**

- А) 3, 4, 5
- Б) 1, 3, 4
- В) 2, 3, 5
- Г) 2, 3, 4

**2. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 2,5-2,8
- Б) 1,2-2,0
- В) 2,8-3,2
- Г) 2,0-2,2

**3. К ПОНЯТИЮ «РАХИТ» НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) гиповитаминоз Д у детей
- Б) зависимость от витамина Д
- В) Ахондропатия
- Г) «Английская» болезнь

**4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ**

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

Г) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих острыми инфекционными заболеваниями

**5. К РАЗВИТИЮ ВИТАМИН Д \_ ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА НЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ**

- А) дефицит солнечного света
- Б) Вегетарианское питание
- В) Вскармливание адаптивными смесями
- Г) Заболевание тонкой кишки

**6. ИСТОЧНИКОМ ПОСТУПЛЕНИЯ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ОРГАНИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А)Рисовая крупа
- Б) Грчневая крупа
- В) Сок манго
- Г) Грудное молоко и адаптированные молочные смеси

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

- А) организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний
- Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов
- В) оказание самостоятельной медицинской помощи
- Г) получение среднего медицинского образования родителями детей

**8. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО СТЕПЕНИ НАСЫЩЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ГЕМОГЛОБИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нормохромной
- Б) гипохромной
- В) гиперхромной
- Г) монохромной

**9. ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) снижением уровня сывороточного железа
- Б) низким уровнем гемоглобина
- В) низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа
- Г) снижением железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

**10. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ретикулоцитарная реакция
- Б) увеличение количества тромбоцитов
- В) увеличение количества лейкоцитов
- Г) замедление скорости оседания эритроцитов

**11. ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЕ РАХИТ 1 И 2 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ**

- А) II
- Б) I
- В) III
- Г) IV

**12 ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

- А) Процента насыщения трансферрина
- Б) уровня сывороточного железа
- В) уровня ферритина в сыворотке
- Г) железосвязывающей способности сыворотки крови

**14. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ**

- А) Алиментарная
- Б) Синдром мальабсорбции
- В) Инфекционные заболевания
- Д) Аплазия костного мозга



**15. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Витаминотерапия витамином В1
- Б) Витаминотерапия витамином С
- В) Использование диетотерапии с высоким содержанием белка
- Г) Назначение препаратов железа

**16. К СИМПТОМАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) Трофические изменения кожи, ногтей, волос
- Б) Увеличение печени
- В) Повышенная кровоточивость
- Г) Увеличение селезенки

**17. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ЖЕЛЕЗА В ЖКТ ВСАСЫВАЕТСЯ В**

- А) В полости рта
- Б) В 12 - перстной кишке
- В) в желудке
- Г) в толстой кишке

**18. В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ**

- А) диета, лечебные столы, режим, витаминизация
- Б) профилактика и лечение педикулеза
- В) рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
- Г) рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режимом, витаминизация

**19. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА (МГ/КГ/С)**

- А) 5
- Б) 4
- В) 3
- Г) 2

**20. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) Не изменяется
- Б) повышен
- Г) Колеблется
- Д) Снижен

**21. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- А) Глоссит
- Б) Бледность
- В) Желтуха
- Г) Истончение и выпадение волос

**22. АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)**

- А) 110
- Б) 120
- В) 100
- Г) 130

**23. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФЕРРОТЕРАПИИ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) степенью анемии
- Б) факторами риска развития анемии
- В) скоростью повышения гемоглобина
- Г) экономическими факторами семьи

**Правильные ответы под литерой А.**

**Образец бланка для тестового контроля**

Тестовый контроль для промежуточной аттестации по дисциплине

«Профилактика неинфекционных заболеваний у детей»

студент 6 курса \_\_\_\_\_ группы, ФИО \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_, вариант \_\_\_\_\_

1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

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

**Ситуационная задача №1.**

У девочки 13 лет жалобы на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение у ребёнка. Данные симптомы появились около года назад. Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Мenses нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные. В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела – 33 кг. 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, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, 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 – 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$  /л, ЦП – 0,7, лейкоциты –  $7,6 \times 10^9$  /л, базофилы – 0%, эозинофилы – 5%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 59%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме – 24-33 пг).

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Показано ли при данном диагнозе медикаментозное лечение.
4. Разработайте план диспансеризации, лечения и профилактики при данном заболевании

**Ситуационная задача №2.**

Мать с девочкой 9 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра девочки полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4500 г, длина – 53 см. Осмотр: рост – 140 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 48 кг/м<sup>2</sup>, объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 140/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $5,5 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
3. Что включает современное комплексное лечение больного
4. Каковы методы профилактики данного состояния.

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

#### **Ситуационная задача №1**

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с девочкой 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, которые купируются самостоятельно или после приёма Корвалола, чувство нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснилось наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений, головокружений при быстром вставании из горизонтального положения. Головные боли беспокоят редко, преимущественно к вечеру, купируются после приёма анальгетиков (Нурофен) или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость, начались конфликты с одноклассниками. Кардиалгии за последний месяц участились до 2-3 раз в неделю.

Из анамнеза жизни: девочка росла и развивалась без особенностей. На диспансерном учёте не состояла. Мать ребёнка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожа физиологической окраски, на лице угревая сыпь. Красный стойкий дермографизм, гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Катаральных явлений нет. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации в положении лёжа тоны сердца звучные, умеренная дыхательная аритмия, ЧСС – 60 в минуту. В положении стоя тоны ритмичные, ЧСС – 92 в минуту, сердечные шумы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД – 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет. Нарушений стула, дизурических расстройств, со слов нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
4. Дайте рекомендации по лечению пациентки и мерам профилактики факторов риска.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

**Ситуационная задача №2**

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 12 лет с жалобами на приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него.

Болеет 3 года, ранее обращалась к врачу, который рекомендовал капать в нос раствор Називина. После введения капель состояние улучшилось, однако затем без видимой причины вновь возникали приступы чихания, слезотечение, нарушение носового дыхания и жидкие бесцветные выделения из обеих половин носа. Обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными.

Объективно: носовое дыхание затруднено. Передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки. После введения в полость носа каплей 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, отёчность слизистой оболочки уменьшилась.

Ребёнку проведён общий анализ крови: эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты -  $6,2 \times 10^9$  /л, эозинофилы - 10%, нейтрофилы - 60%, лимфоциты - 25%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/час.

Риноцитогамма: эозинофилы - 15%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план обследования пациента и меры профилактики факторов риска.

**ПК-1**

Способен проводить обследование детей с целью установления диагноза

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

**Вопросы для индивидуального собеседования:**

1. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья
2. Алиментарно зависимые неинфекционные заболевания детского возраста: классификация, эпидемиология, методы оценки распространенности.
3. Антенатальная охрана плода, ее роль в профилактике алиментарно – зависимых неинфекционных заболеваний у детей. Понятие «программирования плода».
4. Роль биологического, генеалогического, социального анамнеза в определении целенаправленных групп риска новорожденных по развитию алиментарно – зависимых неинфекционных заболеваний.
5. Йоддефицитные заболевания: классификация, эпидемиология, причины распространенности в различных возрастных группах у детей
6. Дефицит витамина Д у различных возрастных групп детского возраста: прогностическое значение витамина Д
7. Аллергические заболевания у детей: классификация, методы эпидемиологических исследований, понятие атопического марша.
8. Ожирение и метаболический синдром детского возраста: причины, распространенность, прогностическое значение для детской популяции.

9. Витамины и минеральные вещества для здоровья и благополучия детей: нормы физиологической потребности и способы расчета
10. Возможности первичной профилактики и диспансеризация с ЖДА на амбулаторно – поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.
11. Значение массовой йодной профилактики в снижении распространенности йоддефицитных заболеваний.

**Тесты (правильный ответ – А):**

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА**

- А) врача-педиатра
- Б) старшую медицинскую сестру
- В) заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
- Г) врача-физиотерапевта

**6. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ**

- А) врач-педиатр
- Б) медицинская сестра
- В) главный врач
- Г) заведующий педиатрическим отделением

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

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

**8. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ**

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

**9. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

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

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

**Ситуационная задача 1**

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см. Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м<sup>2</sup>, объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $5,5 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
4. Составьте план профилактической беседы с матерью и подростком с целью профилактики ожирения
5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

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

**Задача № 1**

12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг. При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.

**Вопросы:**

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Составить план обследования.
4. Терапевтическая тактика
5. Составить план беседы с мамой и подростком по профилактике данного заболевания

**Задача № 2**

Девочка 15 лет жалуется на сердцебиение, вспыльчивость, раздражительность, плохой сон, похудание, дрожание рук (изменился почерк). Аппетит повышен, но одновременная потеря массы тела. Наблюдается отрицательный азотистый баланс, температура тела повышена, кожа влажная, щитовидная железа увеличена. Пульс 118/мин.

**Вопросы:**

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Составить план обследования.
4. Терапевтическая тактика
5. Составить план беседы с мамой и подростком по профилактике данного заболевания

**ПК-4**

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

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

### **Вопрос для индивидуального собеседования:**

1. Обеспеченность беременных женщин, кормящих матерей и младенцев витамином Д – важная парадигма профилактической педиатрии
2. Недостаточность витамина Д у детей: клинические проявления низкой обеспеченности витамином Д, ее мониторинг в разные периоды детства.
3. Аллергические болезни: роль дефицита витаминов в патогенезе аллергических заболеваний. Особая роль витамина Д.
4. Рекомендации по улучшению витаминного статуса и персонализации использования витамина Д и другие витаминно – минеральных комплексов при аллергических заболеваниях у детей в зависимости от возраста.
5. Влияние витамина Д на иммунный ответ и его роль в патогенезе частых респираторных заболеваний детского возраста.
6. Витамин Д : особая значимость, потребность и обеспеченность у недоношенных детей. Нарушения фосфорно – кальциевого обмена у детей с ЭНМТ
7. Внекостные эффекты витамина Д и его прогностическая роль в развитие ребенка.
8. Понятие атопического марша: виды значимых аллергенов в разные возрастные периоды. Аллергологическое исследование.
9. Пищевая аллергия: особенности клиники в разные периоды детства.
10. Гастроинтестинальные проявления непереносимости белка коровьего молока.
11. Выбор лечебного питания при аллергии к белку коровьего молока у ребенка первого года жизни в зависимости от типа вскармливания.
12. Понятие «гипоаллергенной диеты» и «гипоаллергенного окружения» и их роль в профилактике аллергических заболеваний.
13. Аллергический ринит и бронхиальная астма у детей: концепция единого аллергического воспаления и коморбидности в аллергологии. Главные респираторные аллергены.
14. Поллинозы у детей: причины пыльцевой полисенсibilизации и перекрестной аллергии «пища-пыльца». Особенности элиминационных мероприятий при пыльцевой сенсibilизации у детей.
15. Понятие базисной (профилактической) терапии аллергических заболеваний. Ступенчатая терапия Бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей.
16. АСИТ и АнтиIgE терапия как методы персонализирующей терапии аллергических заболеваний модифицирующие болезнь.
17. Вакцинопрофилактика и аллергия.
18. Диспансерное наблюдение детей с аллергическими заболеваниями: порядок взятия на учет, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета.

### **Тесты (правильный ответ – А):**

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

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

#### **2. ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ**

- А) заведующий педиатрическим отделением
- Б) родитель ребенка
- В) медицинская сестра
- Г) врач-диетолог

#### **3. ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ**

- А) результаты осмотров узких специалистов
- Б) данные страхового полиса
- В) табель успеваемости в школе

**4. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) экспираторной одышкой
- Б) афонией
- В) инспираторной одышкой
- Г) дизурией

**5. ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) арахис
- Б) картофель
- В) топинамбур
- Г) огурцы

**6. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ**

- А) аллергического ринита
- Б) полипа
- В) вазомоторного ринита
- Г) острого респираторного заболевания

**7. БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАЗЫВАЮТ**

- А) заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
- Б) хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
- В) хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
- Г) хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

**8. К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) домашняя пыль
- Б) пыльца полыни
- В) пыльца березы
- Г) белок коровьего молока

**9. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, ОТНОСЯТ**

- А) элиминационно-провокационные пробы
- Б) копрологию
- В) определение углеводов кала
- Г) определение pH кала

**10. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ АЛЛЕРГЕНЫ**

- А) пищевые
- Б) эпидермальные
- В) бытовые
- Г) пыльцевые

**11. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ**

- А) рыба
- Б) огурец
- В) мясо
- Г) вишня



**12. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ, ОТНОСЯТ**

- А) появление атопического дерматита после приема определенного продукта
- Б) частый, жидкий стул с кислым запахом
- В) обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз
- Г) стул по типу «болотной тины»

**13. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО**

- А) определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови
- Б) копрологическое исследование
- В) определение общего IgE
- Г) эндоскопическое исследование

**15. ЛЁГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, НАЛИЧИЕМ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ, ТАКИХ КАК СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, ОДЫШКА, ЗАЛОЖЕННОСТЬ В ГРУДИ И КАШЕЛЬ, КОТОРЫЕ ВАРЬИРУЮТ ПО ВРЕМЕНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВМЕСТЕ С ВАРИАБЕЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхиальная астма
- Б) эозинофильная пневмония
- В) фиброзирующий альвеолит
- Г) гиперчувствительный пневмонит

**15. НА ПРЕОБЛАДАНИЕ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ УКАЗЫВАЕТ**

- А) белый дермографизм
- Б) повышенная сальность кожи
- В) повышенная потливость
- Г) стойкий красный дермографизм

**16. ДЛЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) мраморность кожи
- Б) склонность к гипертермии
- В) белый дермографизм
- Г) тахикардия

**17. К ПЕРЕЧНЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) электрокардиография
- Б) ангиография сосудов конечностей
- В) компьютерная томография головного мозга
- Г) рентгенография органов грудной клетки

**18. К СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСИТСЯ**

- А) ринорея
- Б) наличие отделяемого из носа гнойного характера
- В) осиплость голоса
- Г) наличие рецидивирующих носовых кровотечений

**19. ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ**

- А) 2-11 лет
- Б) 1-12 месяцев
- В) 12-16 лет
- Г) 1-2 года

**20. ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО**

- А) шкале SCORAD
- Б) шкале GINA
- В) опроснику ISAAC

Г) шкале ROSS 324

**21. АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)**

- А) 110
- Б) 120
- В) 100
- Г) 130

**22. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФЕРРОТЕРАПИИ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) степени анемии
- Б) факторами риска развития анемии
- В) скоростью повышения гемоглобина
- Г) экономическими факторами семьи

**23. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖНО**

- а) ввести нитроглицерин внутривенно
- б) **применить каптоприл под язык**
- с) ввести клофелин внутривенно
- д) обеспечить доступ к свежему воздуху

**Правильные ответы под литерой А**

Правильных ответов - \_\_\_\_\_

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

**Ситуационная задача №1**

У мальчика 5 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. От первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения симптоматическое – ингаляции беродуала. Семейный анамнез: у матери ребёнка поллиноз. Настоящий приступ возник на даче во время цветения деревьев ( май). При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. Зуд носа и глаз. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно

масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $5,8 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку.

5. Предложите вариант базисной терапии у данного больного и методы профилактики.

### **Ситуационная задача №2**

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см. Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м<sup>2</sup>, объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз?
3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
4. Что включает современное комплексное лечение больного?
5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков

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

### **Ситуационная задача №1**

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее - на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2-3 месяца. У матери ребёнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить. Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя даёт с трудом, не контактна. Кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день. Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель – 0,98, лейкоциты –  $6,3 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный

вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат рекомендуется пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку после стихания обострения?

**Ситуационная задача №2**

Мать девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребёнка и повышенное потоотделение.

Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребёнка здоровы. Роды в срок. Масса тела - 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружностью груди - 33 см, оценка по Апгар - 8 баллов. Закричала сразу. К груди ребёнок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический приём мать с ребёнком не явилась. Прогулки у ребёнка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введён. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.

Физическое развитие: рост - 63 см, масса тела - 7500 г, окружность головы - 42 см, окружность груди - 43 см.

Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берёт игрушку из разных положений, гулит.

Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, пальпируются рёберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребёнок плохо опирается на ноги. Лёгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластаный. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; число лейкоцитов -  $7,9 \times 10^9$ /л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность полная, удельный вес - 1016 г/л, рН - кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма - 2,3-2,8 ммоль/л).

Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма - 1,3-1,8 ммоль/л).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребёнка.
4. Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства.
5. Назовите виды профилактики выявленной патологии.



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

БИЛЕТ ДЛЯ СДАЧИ ЗАЧЕТА № 1

по дисциплине «Профилактика неинфекционные заболевания у детей»  
по специальности 31.05.02 «Педиатрия»  
очная форма

1. Сроки и порядок диспансеризации детей с атопическим дерматитом первого года жизни
2. Клинический кейс №1.
3. Тестовое задание.

Зав. кафедрой поликлинической педиатрии  
с курсом педиатрии ФДПО, д.м.н.

\_\_\_\_\_ Н.А. Белых



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

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС К БИЛЕТУ № 1

по дисциплине «Профилактика неинфекционных заболеваний у детей»  
по специальности 31.05.02 «Педиатрия»  
очная форма

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см. Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м<sup>2</sup>, объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты –  $5,5 \times 10^9$  /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
4. Что включает современное комплексное лечение больного?
5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

Зав. кафедрой поликлинической педиатрии  
с курсом педиатрии ФДПО, д.м.н.

\_\_\_\_\_ Н.А. Белых



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

**Образец бланка для тестового контроля**  
Тестовый контроль для промежуточной аттестации по дисциплине  
«Профилактика неинфекционных заболеваний у детей»

студент 6 курса \_\_\_\_\_ группы, ФИО \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_, вариант \_\_\_\_\_

1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	