

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»  
Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)  
Направленность Стоматология  
Форма обучения: очная  
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог  
Срок обучения: 5 лет**

## 1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Педиатрия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Пропедевтика детских болезней	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, разбор тематического больного, разбор истории болезни, реферат, презентации, эссе.	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Заболевания детей раннего возраста	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, разбор тематического больного, разбор истории болезни, реферат, презентации, эссе.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Заболевания детей старшего возраста	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, разбор тематического больного, разбор истории болезни, реферат, презентации, эссе.	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Детские инфекционные заболевания	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, разбор тематического больного, разбор истории болезни, реферат, презентации, эссе.	Пятибалльная шкала оценивания

**2 Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- написание рефератов, (презентаций);
- разбор тематического больного;
- написание эссе
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

### 2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

#### Тема 1. Пропедевтика детских болезней

##### 1.Продолжительность периода новорожденности:

- 1) С рождение до окончания 10-х суток;
- 2) С рождения до 28-го дня;
- 3) С рождения до 30-го дня;
- 4) С рождения до окончания первых суток;

5) С рождения до 15-го дня;

**2. Перинатальным периодом называется период:**

1) с рождения до 7-го дня жизни;

2) с рождения до окончания первого месяца жизни;

3) с 23-й недели внутриутробного развития до 7-го дня жизни;

4) с 28-й недели внутриутробного развития до момента рождения;

5) с 30-й недели внутриутробного развития до окончания первого месяца жизни;

**3. Грудной возраст продолжается с:**

1) с рождения до конца первого года жизни;

2) с 29-го дня после рождения до конца первого года жизни;

3) с 7-го дня после рождения до конца первого года жизни;

4) с 10-го дня после рождения до конца первого года жизни;

5) с 21-го дня после рождения до конца первого года жизни;

**4. «Период раннего детства» – это период:**

1) с 1 года до 7 лет;

2) с 3 до 5 лет;

3) с 3 лет до 7 лет;

4) с 1 года до 5 лет;

5) с 1 года до 3 лет;

**5. За второй год жизни здоровый ребенок вырастает обычно на:**

1) 2-4 см;

2) 7-9 см;

3) 12-13 см;

4) 5-7 см;

5) 18-20 см;

**6. Функциональными особенностями кожи у новорожденного и ребенка первых лет жизни являются все, кроме:**

1) низкая защитная функция кожи;

2) низкая резорбционная функция кожи;

3) повышенная чувствительность к повреждающему действию солнечных лучей;

4) несовершенная терморегулирующая функция кожи;

5) высокая ранимость кожи;

**7. Первые шаги с поддержкой у ребенка, в среднем, появляются в**

1) 7 месяцев

2) 8 месяцев

3) 10 месяцев

4) 13 месяцев

5) 15 месяцев

**8. Основным компонентом жира женского молока являются:**

1) Холестерол;

2) Фосфолипиды;

3) Свободные жирные кислоты;

4) Триглицериды;

5) Насыщенные жирные кислоты;

**9. Какие две незаменимые жирные кислоты, которые человеческий организм вырабатывать не может, ребенок получает с грудным молоком?:**

1) Пальмитиновую и стеариновую;

2) Линолевую и альфа-линоленовую;

3) Капроновую и гамма-масляную;

4) Линолевую и стеариновую;

5) Пальмитиновую и капроновую;

**10. Желательно, чтобы длительность одного грудного кормления не превышала:**

1) 20-30 минут;

2) 40-50 минут;

3) 10-15 минут;

4) 5-10 минут;

5) 1 часа

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	2	5	3	2	3	4	2	1

**Тема 2. Заболевания детей раннего возраста**

**1. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:**

- 1) нормохромной
- 2) гипохромной
- 3) гиперхромной
- 4) полихромной
- 5) монохромной

**2. При железодефицитной анемии выявляется повышение:**

- 1) процента насыщения трансферрина
- 2) уровня сывороточного железа
- 3) уровня ферритина в сыворотке
- 4) концентрации гемоглобина в эритроците
- 5) железосвязывающей способности сыворотки крови

**3.. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются все, кроме:**

- 1) алиментарная
- 2) синдром мальабсорбции
- 3) инфекционные заболевания
- 4) аплазия костного мозга
- 5) ювенильные маточные кровотечения у девочек

**4. Депо железа в организме является:**

- 1) костный мозг
- 2) мышцы
- 3) сердце
- 4) почки
- 5) лимфатические узлы

**5.. Клиническим симптомом железодефицитной анемии не является:**

- 1) нарастающая бледность кожных покровов
- 2) лимфаденопатия
- 3) утомляемость, раздражительность
- 4) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
- 5) систолический шум с пунктум максимум на верхушк

**6.Рахит не бывает:**

- 1) Дефицитным
- 2) Зависимым
- 3) Резистентным
- 4) Иммунным
- 5) Наследственным

**7. Витамин D- дефицитный рахит наиболее часто встречается:**

- 1) У молодых взрослых
- 2) В возрасте 10-12 лет
- 3) На первом году жизни
- 4) В возрасте 3-6 лет
- 5) В возрасте 7-9 лет

**8. Ранним признаком развития витамин D-дефицитного рахита является:**

- 1) Деформации нижних конечностей
- 2) Задержка физического развития
- 3) Изменения на электроэнцефалографии
- 4) Изменения в геноме
- 5) Вегетативные расстройства

**9.Наименее специфическим для рахита является:**

- 1) Наличие «реберных четок»
- 2) Задержка процессов роста

- 3) Наличие лобных и теменных бугров
- 4) Рентгенологическое изменение в зонах роста трубчатых костей
- 5) Наличие гиперплазии остеоидной ткани в эпифизарных зонах

**10. Для рахита в периоде разгара не характерно:**

- 1) Снижение аппетита
- 2) Наличие вялости и низкой активности ребенка
- 3) Повышение цифр щелочной фосфатазы
- 4) Наличие фебрильной лихорадки
- 5) Присутствие выраженной фосфатурии

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	5	4	1	2	4	3	5	2	4

**Тема 3. Заболевания детей старшего возраста**

**1. Под акселерацией понимается**

- 1) ускорение темпов физического и полового развития
- 2) ускорение темпов полового развития и появления либидо
- 3) ускорение умственного развития и возбудимость нервной системы

**2. Подростковый возраст в биологическом понимании начинается:**

- 1) с 8-10 лет
- 2) с 10-11 лет
- 3) с 12-13 лет
- 4) с 14-15 лет

**3. Поствакцинальные осложнения после введения АКДС-вакцины развиваются на :**

- 1) 8-10-е сутки
- 2) 4-50-е сутки
- 3) 1-2-е сутки
- 4) 3-5-е сутки
- 5) 10-12-е сутки

**4. Оцените при каких значениях индекса отягощенности генеалогического анамнеза можно говорить о неблагоприятном прогнозе состояния здоровья:**

- 1) 0,2-0,5
- 2) 0,5-0,7
- 3) 0,7 и выше
- 4) генеалогический анамнез не имеет значения для прогноза

**5. В приказе № 227 МЗ Самарской области содержится основная информация о:**

- 1) государственной социальной помощи
- 2) рациональном назначении лекарственных средств
- 3) формулярном перечне лекарственных средств

**6. Бактериальное воспаление почечной ткани и слизистой оболочки лоханок у детей, сопровождающееся поражением канальцев — это:**

1. гломерулонефрит
2. цистит
3. пиелонефрит
4. нефроптоз

**7. Наиболее частой непосредственной причиной развития пиелонефрита у детей является:**

1. стрептококк
2. кишечная палочка
3. палочка сине-зеленого гноя
4. гонококк

**8. Симптомы интоксикации, боли в животе и поясничной области, положительный симптом Пастернацкого у детей старшего возраста наблюдаются при:**

1. дисметаболической нефропатии
2. цистите
3. пиелонефрите
4. вульвовагините

**9. Высокая лейкоцитурия и бактериурия у детей характерны для:**

1. пиелонефрита
- 2.гломерулонефрита
3. опухоли почек
4. цистита

**10.Данные о функциональном состоянии каждой почки в отдельности у детей получают при:**

1. УЗИ
2. обзорной урографии
3. исследовании клиренса эндогенного креатинина

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	3	3	3	4	1	4	4	1

#### **Тема 4. Детские инфекционные заболевания**

**1.Возбудителем кори является:**

- 1) вирус
- 2) пневмококк
- 3) микобактерия
- 4) шигелла

**2. Инкубационный период при краснухе составляет:**

- 1) Не менее 7 дней
- 2) От нескольких часов до нескольких дней
- 3) 7– 9 дней
- 4) 11 – 21 дней
- 5) Более 21 дня

**3. Инкубационный период при скарлатине составляет:**

- 1) 1 – 7 дней
- 2) Несколько часов
- 3) 11 – 21 дней
- 4) 15 – 45 дней
- 5) Не известно

**4. Сроки изоляции больного на дому при ОРЗ составляют:**

- 1) До 3 дней
- 2) 7 – 10 дней
- 3) Не менее 21 дня
- 4) Не менее 30 дней
- 5) Изоляции не требуется

**5. Сроки изоляции больного на дому при ветряной оспе составляют:**

- 1) До 3 дней
- 2) Не менее 21 дня
- 3) Не менее 30 дней
- 4) Не менее 10 дней
- 5) Изоляции не требуется

**6. Беременных женщин регистрируют при контакте:**

- 1) С больным краснухой
- 2) С больным острой респираторной инфекцией
- 3) С больным ангиной
- 4) С больным инфекционным мононуклеозом
- 5) С больным скарлатиной

**7. Не болевших школьников изолируют на дому при контакте:**

- 1) С больным краснухой
- 2) С больным скарлатиной
- 3) С больным острой респираторной инфекцией
- 4) С больным ангиной
- 5) С больным инфекционным мононуклеозом

**8. Показанием для госпитализации инфекционного больного прежде всего является:**

- 1) Выраженность синдрома интоксикации
- 2) Обильная экзантема

- 3) Наличие выраженных катаральных симптомов
- 4) Наличие лихорадки
- 5) Увеличение шейных лимфатических узлов

**9. Синдром интоксикации обычно менее выражен:**

- 1) При скарлатине
- 2) При ангине
- 3) При гриппе
- 4) При инфекционном мононуклеозе
- 5) При краснухе

**10. Инкубационный период при ветряной оспе составляет:**

- 1) От нескольких часов до нескольких дней
- 2) 11 – 21 дней
- 3) Не более 7 дней
- 4) 7– 9 дней
- 5) Более 21 дня

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	1	2	4	1	2	1	5	2

**2.2. Перечень тематик рефератов, презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

**Тема 1. Пропедевтика детских болезней.**

- 1.Современные методы диагностики аномалий развития
- 2.Лечебное питание при заболеваниях детского возраста
- 3.Особенности роста и развития детей дошкольного возраста.
- 4.Особенности роста и развития детей школьного возраста

**Тема 2. Заболевания детей раннего возраста.**

- 1.Особенности детей раннего возраста с экссудативно-катаральным диатезом, рахитом, анемией
- 2.Синдром дизурии у детей. Принципы диагностика и лечения.
- 3.Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста с рахитоподобными заболеваниями.

**Тема 3. Заболевания детей старшего возраста**

- 1.Интерстициальный нефрит, диагностика, терапевтическая тактика
- 2.Нефротический синдром в практике педиатра
- 3.Хронический гастрит/гастродуоденит (этиология, диагностика, терапия)
- 4.Язвенная болезнь желудка и ДПК

**Тема 4. Детские инфекционные заболевания.**

- 1.Профилактики инфекционных заболеваний.
- 2.Инфекционный мононуклеоз, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
- 3.Дифтерия, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
- 4.Эпидемический паротит, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

**2.3. Перечень тематик для написания эссе.**

**Тема 1. Пропедевтика детских болезней.**

1. Рахит. Этиология. Классификация. Лечение. Прогноз.
2. Рахит. Патогенез. Клиническая картина. Исходы.
3. Рахит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.

**Тема 2. Заболевания детей раннего возраста.**

4. Дисбиоз кишечника у детей
5. Паразитарные заболевания у детей
6. Кашель у детей. Принципы диагностика и лечения.

**Тема 3. Заболевания детей старшего возраста**

7. Гломерулонефрит, диагностика, терапевтическая тактика

8. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (причины, методы диагностики, неотложная помощь)

#### **Тема 4. Детские инфекционные заболевания.**

9. Корь, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

10. Краснуха, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

### **2.4. Методические указания по разбору тематического больного.**

#### **Разбор тематического больного с пиелонефритом.**

Работа у постели больного: 1. Сбор анамнеза: а) подъем температуры, дизурические расстройства, боли в животе, пояснице, мутная моча, вялость, снижение аппетита, бледность. Уточняется связь заболевания с предшествующей интеркуррентной инфекцией или другим провоцирующим фактором; б) анамнез жизни собирается по схеме кафедры (ранее перенесенные заболевания, наличие очагов хронической инфекции, состояние здоровья матери до и в период беременности; особенности периода новорожденности, грудного периода, наследственная предрасположенность). 2. Объективное исследование: общее состояние, характерное изменение цвета кожных покровов, тени под глазами, пастозность верхних век. Состояние носоглотки, верхних дыхательных путей, легких, сердечно-сосудистой системы. При пальпации живота определить место болезненности; при бимануальной пальпации почек (в вертикальном и горизонтальном положении) определить расположение и размер почек. Положительный симптом Пастернацкого; у девочек – наличие, характер и степень влагалищных выделений. При обследовании детей младшего возраста обращать внимание на наличие признаков дегидратации, наличие менингеальных симптомов; характер температуры, мочи, стула. 3. Проанализировать результаты дополнительных исследований: а) анализ крови, б) анализ мочи (преобладание лейкоцитов, бактериурия), в) биохимические показатели крови, г) посевы мочи, д) проба Нечипоренко, Каковского – Аддиса, Амбурже, е) определение активных лейкоцитов, ж) определение степени бактериурии (с ТТХ или другим методом подсчета), з) функциональные исследования почек (диурез, проба Зимницкого, Реберга – Тареева, проба с феноловым красным и др.) и) рентгеноурографическое исследование, к) ренография, л) глазное дно, м) ЭКГ, ФКГ. 4. Обосновать и сформулировать развернутый диагноз пиелонефрита. 5. Выявить и представить особенности этиопатогенеза заболевания у курируемого больного. 6. Назначить комплексное этиопатогенетическое лечение с учетом формы – первичный или вторичный, течения – острый или хронический, периода заболевания и степени нарушений функции почек, а также индивидуальных особенностей течения заболевания и сопутствующей патологии. Режим, диета, антибактериальная терапия (с учетом антибиотикограммы): антибиотики, препараты нитрофуранового ряда, 5-НОК, сульфаниламиды и др., их дозировка, длительность применения, показания для отмены или замены одного препарата другим. Использование фитотерапии, десенсибилизирующих средств, витаминотерапия, по показаниям дезинтоксикационная терапия, физиотерапия, симптоматические средства. Показания к хирургическому лечению, санация очагов инфекции. 7. Эпикриз и рекомендации по дальнейшему амбулаторному наблюдению.

#### **Разбор больного с гломерулонефритом.**

1. Работа у постели больного: а) жалобы, анамнез болезни и жизни (проводится по схеме истории болезни кафедры); б) сбор анамнеза болезни: отметить связь с перенесенной инфекцией или другими неблагоприятными разрешающими факторами; уточнить давность, длительность, динамику клинических симптомов; в) сбор анамнеза жизни: выявить факторы, способствующие сенсibilизации организма ребенка (острые инфекции, скарлатина, ангина, острые респираторные заболевания; очаги хронической инфекции – хронический тонзиллит, гайморит и др.; переохлаждения, неблагоприятные социально-бытовые условия; наличие в семье болезней почек; введением сывороток, гамма-глобулина и др.). 2. Объективное исследование курируемого больного: бледность кожных покровов, наличие пастозности или отеков, их расположение; изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (повышение АД, возможное расширение границ сердца, приглушенность или акцентуация тонов, наличие систолического шума). Отметить изменения цвета мочи. 3. Проанализировать лабораторные показания и другие дополнительные исследования: а) клинический анализ крови; б) общие анализы мочи; в) биохимические показатели крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, остаточный азот, КОС, содержание электролитов – калия, натрия, кальция, фосфора; ДФА – реакция, СРБ и др. 4. Оценить



функциональные показатели почек: а) диурез по отношению к выпитой жидкости; б) ежедневную динамику веса; в) пробу Зимницкого или Рейзельмана (при необходимости с определением белка в каждой порции мочи и суточной экскрецией белка); г) пробу Реберга – Тареева (клиренс по эндогенному креатинину, клубочковая фильтрация и канальцевая реабсорбция); д) пробу Мак-Клюра – Олдрича; е) пробу Нечипоренко, Каковского – Аддиса; ж) рентгеноурографическое исследование; з) ренографию; и) глазное дно; к) ЭКГ и ФКГ. 5. Обосновать и сформулировать развернутый клинический диагноз. 6. Выявить и представить особенности патогенеза заболевания у курируемого больного. 7. Назначить и обосновать комплексное этиопатогенетическое лечение с учетом формы гломерулонефрита, периода болезни, степени нарушения функции почек и индивидуальных особенностей детского организма и сопутствующей патологии (режим, диета, антибактериальная терапия, антигистаминные препараты, витамины, гепарин, глюко-кортикоиды, цитостатики типа 4-аминохинолинового ряда, циклофосфан, лейкеран, б-меркаптопурин и др., диуретики, сердечные средства, гипотензивные препараты – дибазол, резерпин, сульфат магния и др.); физиотерапевтические методы лечения; симптоматическая терапия.

#### **Разбор больного с острой кишечной инфекцией.**

1. Знакомство с планировкой детской инфекционной больницы. Обратит внимание на павильонный тип строения детской инфекционной больницы, на принцип отдельной госпитализации больных как по нозологическим формам заболевания, так и по их этиологической структуре. 2. Обратит внимание на важность мероприятий, направленных на предупреждение нозокомиальных инфекций (перекрестная, суперинфекция). 3. Знакомство с работой приемного покоя (особенности его устройства, инвентарь, правила санитарной обработки больных, методы дезинфекции, дезередства, документация). 4. Знакомство с работой диагностического (боксованного) отделения. Структура мельцеровских боксов, их значение (госпитализация больных с сомнительным диагнозом, смешанной инфекцией, наличием контакта по инфекционному заболеванию). 5. Знакомство с основными организационными принципами работы отделения для больных с желудочно-кишечными инфекциями (вопросы госпитализации, размещение с учетом типа возбудителя, одномоментность заполнения палат). 6. Эпидемиологический анамнез (наличие в окружении детей и взрослых с дисфункцией кишечника, реконвалесцентов и т. д.). 7. Анамнез болезни: лихорадка, беспокойство, нарушение аппетита, рвота, частота и характер стула и т. д. 8. Анамнез жизни: особенности преморбидного фона, развитие ребенка, вид вскармливания. 9. Объективное обследование больного: оценка общего состояния, осмотр кожи, подкожной клетчатки (влажность, эластичность, тургор тканей), осмотр слизистых полости рта и зева, исследование сердечнососудистой системы, исследование органов дыхания, исследование нервной системы, исследование пищеварительной системы и органов брюшной полости (вздутие живота, пальпация органов брюшной полости, зоны болезненности, частота и характер стула; осмотр испражнений, состояние ануса), исследование мочевыделительной системы. 10. Данные лабораторного исследования (анализ крови, анализ мочи, копрограмма, бактериологическое исследование кала, серологические исследования). 11. Обоснование клинического диагноза. 12. Обоснование комплексной рациональной терапии (санитарно-гигиенический режим, диета – дозированное вскармливание при токсикозах), медикаментозная терапия (этиотропная, антитоксическая, регидратационная (Оральная и инфузионная), симптоматическая, витаминотерапия, стимулирующие средства и др.), в зависимости от наличия симптомов токсикоза, эксикоза (дегидратации) и его типов. Меры оказания неотложной помощи (посиндромно). 13. Сроки выписки из стационара (сроки изоляции). 14. Меры профилактики. 15. Решение задач. 16. Знакомство со структурой и принципами работы санаторного отделения для детей раннего возраста, перенесших кишечные инфекции.

#### **Разбор больного с ветряной оспой.**

1. Знакомство с анамнезом заболевания и эпиданамнезом больных ветряной оспой. 2. Тщательный осмотр этих больных. Обратит особое внимание на выраженность симптомов интоксикации, сроки и порядок появления экзантемы, локализация сыпи (волосистая часть головы, лицо, живот, туловище, конечности), везикулярный характер сыпи, особенности сыпи при ветряной оспе (форма, величина, характер содержимого элементов сыпи, корочки, полиморфизм высыпаний). Обратит внимание на поражение слизистых оболочек. Обратит внимание на различный характер высыпаний при буллезной, пустулезной, гангренозной и геморрагической формах ветряной оспы. 15. Обоснование диагноза у данного больного. 16. Провести дифференциальный диагноз с натуральной оспой. 17. Принципы лечения данного больного. 18. Сроки изоляции и правила выписки данного ребенка в детский коллектив. 19. Знакомство с

анамнезом и эпиданамнезом больного эпидемическим паротитом. 20. Осмотр больного с эпидемическим паротитом. 21. Обратит внимание на продромальные симптомы заболевания, характер поражения околоушной железы (распространенность, припухлость вокруг ушной раковины, болезненность слюнных желез, их консистенция, болезненные точки при ощупывании, состояние стенозного протока, поражение других слюнных желез), выраженность симптомов общей интоксикации. 22. Последовательный осмотр данного больного по системам, обратив особое внимание на поражение других желез, желудочно-кишечного тракта, вовлечение в патологический процесс нервной системы и других органов. 23. Обоснование диагноза и основные принципы терапии данного больного. 24. Сроки изоляции и правила выписки данного больного. 25. Знакомство с анамнезом и эпиданамнезом больного с краснухой. 26. Последовательный осмотр больного. Обратит внимание на продромальные явления, поражение лимфатического аппарата, сроки появления и характер высыпаний, локализацию их, отсутствие этапности высыпаний, пигментации и шелушения. 27. Дифференциальный диагноз с корью, медикаментозной сыпью. 28. Принципы терапии больного коревой краснухой. 29. Сроки изоляции и правила выписки ребенка в детский коллектив.

### **Разбор больного с ОДН.**

Работа у постели курируемого больного с ОДН: на ранних этапах развития патологического процесса определить вид дыхательной недостаточности - вентиляционная, шунто-диффузионная или нарушение механики дыхания. Составить алгоритм дифференциально-диагностических причин вентиляционной ОДН, которая м.б. связана с угнетением ЦНС (кома любой этиологии, ЧМТ, менингит или энцефалит, отравления; нарушением нервно-мышечной регуляции дыхания, с обструктивной ОДН (западение языка, о. эпиглотит, ларингоспазм, инородное тело в гортани и трахее и т.д. Определить степень тяжести ОДН и провести соответствующее лечение при I и II степенях, при III и IV степенях провести реанимационные мероприятия. Познакомиться с ИВЛ (искусственной вентиляцией легких). 2. Объективное обследование больного ОССН. В зависимости от остроты процесса и степени декомпенсации выделить две основные разновидности сердечной недостаточности: а) синдром малого сердечного выброса (СМСВ) одной из причин которого являются сердечные аритмии и застойную сердечную недостаточность. С практической точки зрения студент у постели больного должен уметь выделить три стадии ОСН: I стадия-уменьшение минутного объема, гиперволемиа, признаки застоя жидкости в одном или обоих кругах кровообращения; II стадия присоединение общей задержки жидкости с олигурией или анурией, появление периферических отеков, возможен отек легких; III стадия с развитием артериальной гипотензии на фоне перегрузки малого круга кровообращения. Назначить терапию в зависимости от вида ОСН – усиливающую сократительную способность миокарда: сердечные гликозиды, кардиотрофики, мочегонные, сосудорасширяющие и дезагреганты. При острой коронарной недостаточности (токсикоз Киша) – антиаритмическая терапия, ликвидация инфекционного токсикоза, лечение сердечной недостаточности и этиотропная терапия. 3. При курации ребенка с гипертермией определить ее вид (розовая или «бледная» лихорадка) и назначить соответствующее лечение. 4. При курации ребенка с судорожным синдромом провести дифференциальную диагностику судорог и назначить соответствующее лечение

### **3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет**

#### **Форма промежуточной аттестации – зачет**

##### **Вопросы к зачету ( ОПК-9)**

1. Грудное вскармливание. Принципы его проведения. Преимущества.
2. Рецидивирующие бронхиты: клиника, лечение.
3. Смешанное вскармливание у детей. Принципы проведения.
4. Периоды детского возраста: физическое и нервно-психическое развитие. Факторы, влияющие на развитие детей, его ускорение и задержку.
5. Искусственное вскармливание у детей до 1-го года: принципы, правила его организации.
6. Внутриутробные инфекции: клиника, лечение.
7. Дискинезии желчевыводящих путей: клиника, лечение.
8. Ожирение у детей. Роль генетических и конституциональных факторов. Диагностика и лечение.
9. Понятие докорма и прикорма. Виды и сроки введения прикорма при различных видах вскармливания. Смешанное вскармливание.
10. Искусственное вскармливание. Критерии эффективности искусственного вскармливания.
11. Инфекции мочевыводящих путей: клиника, лечение.

12. Физическое развитие детей в различные возрастные периоды и его оценка.
13. Питание детей старше года.
14. Хроническое расстройство питания у детей. Гипотрофия I, II, III степени. Лечение. Профилактика.
15. Бронхиты у детей: этиология, клиника, диагностика, лечение.
16. Асфиксия новорождённых: клиника, лечение.
17. Пневмония у детей: этиология, патогенез, клиническая классификация, диагностика, лечение.
18. Гнойно-воспалительные заболевания у новорождённых: этиология, патогенез, диагностика, лечение.
19. Бронхообструктивный синдром у детей: критерии диагностики, лечение, профилактика.
20. Пиелонефриты у детей: классификация, лечение.
21. Экссудативно-катаральный диатез: этиология, патогенез, диагностика, коррекция.
22. Работа врача по подготовке детей к посещению детских дошкольных учреждений, школы.
23. Бронхиальная астма в детском возрасте: принципы диагностики, неотложная помощь, лечение, профилактика.
24. Первое прикладывание к груди. Особенности вскармливания новорождённых детей.
25. Нервно-артритический диатез у детей. Критерии диагноза. Кетоацидотический криз: диагностика, лечение.
26. Оздоровление детей из категории часто болеющих - в условиях семьи, детских дошкольных учреждений.
27. Экссудативно-катаральный диатез у детей: этиопатогенез, критерии диагностики, коррекция.
28. Железодефицитная анемия у детей.
29. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей и подростков.
30. Сахарный диабет у детей: этиология, патогенез, классификация, диагностика.
31. Приступ бронхиальной астмы. Неотложная помощь.
32. Кетоацидотическая кома у детей с сахарным диабетом: критерии диагноза, неотложная помощь.
33. Гемолитическая болезнь новорождённых: классификация, принципы терапии.
34. Родовая травма у новорождённых: диагностика, лечение, профилактика.
35. Гипогликемическая кома у детей с сахарным диабетом: критерии диагноза и дифференциального диагноза, лечение и профилактика..
36. Смешанное и искусственное вскармливание.
37. Заболевания щитовидной железы у детей: этиопатогенез, диагностика, лечение.
38. Гемолитическая болезнь новорождённых.
39. Правила и техника введения прикорма. Критерии эффективности искусственного вскармливания.
40. Родовая травма: клиника, лечение.
41. Лечение острых пневмоний у детей.
42. Рахит: этиология, патогенез, диагностика, лечение.
43. Неотложная помощь при судорожном и гипертермическом синдромах у детей.
44. Неспецифическая и специфическая профилактика рахита у детей.
45. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Особенности течения, диагностики, лечения, профилактики.
46. Инфекции мочевыводящих путей: клиника, лечение.
47. Гипотиреозы у детей: этиология, диагностика, лечение, профилактика.
48. Запоры у детей.
49. Геморрагический диатез: этиология, клиника, лечение.
50. Значение вакцинопрофилактики в снижении заболеваемости детскими инфекциями. Календарь прививок (приказ Минздравсоцразвития РФ №125н от 21.03.2014 г.).

### **3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине**

1. Педиатрия как отрасль медицины.
2. Профилактическая педиатрия
3. Клиническая педиатрия
4. Научная клиническая педиатрия
5. Социальная педиатрия

6. Экологическая педиатрия
7. Периоды детского возраста
8. Внутриутробный этап развития
9. Внеутробный этап развития период новорожденности и грудного возраста
10. Внеутробный этап развития – преддошкольный, дошкольный периоды.
11. Внеутробный этап развития - младший, старший школьный период
12. Экссудативно-катаральная аномалия конституции (ЭККАК)
13. Лимфатико-гипопластическая аномалия конституции (ЛГАК)
14. Нейроартритический диатез (НАД)
15. Аллергические диатезы
16. Вскармливание детей до года
17. Железодефицитная анемия у детей
18. Рахит
19. Гипервитаминоз Д
20. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки.
21. Анатомо-физиологические особенности органов мочевыделительной системы у детей.
22. Анатомно-физические особенности органов пищеварения
23. Бронхиты у детей
24. Пневмонии у детей
25. Внутриутробные инфекции
26. Острый гломерулонефрит
27. Хронический гломерулонефрит у детей
28. Пиелонефрит у детей (ПН)
29. Хронический гастроуденит у детей
30. Геморрагические диатезы – геморрагический васкулит (ГВ)

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимся дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимся необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимся.

**Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций**

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
<b>ОПК-9</b>	<b>способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач</b>	<b>Знать:</b> строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма
		<b>Уметь:</b> использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.	Обучающийся демонстрирует сформированные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.
		<b>Владеть:</b> представлением о многоуровневом принципе строения человеческого	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения представлением о многоуровневом принципе	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как

		<p>тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>
--	--	--	---	--

## 4.2. Шкала, и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, разбор тематического больного, разбор истории болезни, реферат, презентации, эссе.

### 4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- 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, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- 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.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки рефератов:

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

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

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

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

### **Для оценки презентаций:**

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

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

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

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

### **Для оценки эссе**

Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

### **Для разбора тематического больного**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

### **Для разбора истории болезни**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.



- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностики.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностики.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.**

##### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он 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 несформированности компетенций, 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.