

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.49 Поликлиническая и неотложная педиатрия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач - педиатр
Форма обучения	Очная

Рабочая программа дисциплины «Поликлиническая и неотложная педиатрия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 965, приказа Министерства науки и высшего образования РФ от 6 апреля 2021 г. N 245 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры".

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения:

Код и формулировка компетенции	Код и формулировка индикатора достижения компетенций
УК-1 - Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	УК-1.1 Знать критерии оценивания надежности источников информации УК-1.2 Уметь определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению, разрабатывать и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов УК-1.3 Владеть навыками анализа проблемной ситуации как системы, выявлять ее составляющие и связи между ними
ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.1 Знать приемы и правила использования различных медицинских изделий при проведении общего ухода, наблюдения за больными, проведения антропометрии, простейшей физиотерапии и введение лекарственных препаратов ОПК-4.2 Уметь выявлять и анализировать проблемы больных, ставить цель и выбирать рациональные варианты применения различных медицинских изделий при проведении манипуляций, связанных с поддержанием личной гигиены, антропометрии, кормлением и наблюдением за больными, проведение простейших физиотерапевтических процедур, введение лекарственных средств ОПК-4.3 Владеть навыками самостоятельной работы со специализированным оборудованием
ПК-2 - Способен проводить обследование детей с целью установления диагноза	ПК-2.1 Знать основы диагностики заболеваний и признаки неотложных состояний ПК-2.2 Уметь проводить обследование детей и осуществлять диагностические мероприятия ПК-2.3 Владеть навыками постановки диагноза

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	11, 12	заключительный

ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	11, 12	заключительный
ПК-2	Способен проводить обследование детей с целью установления диагноза	11, 12	заключительный

В результате изучения дисциплины студент должен:

Знать: - критерии оценивания надежности источников информации;

- приемы и правила использования различных медицинских изделий при проведении общего ухода, наблюдения за больными, проведения антропометрии, простейшей физиотерапии и введение лекарственных препаратов;

- основы диагностики заболеваний и признаки неотложных состояний;

Уметь: - определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению, разрабатывать и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов;

- выявлять и анализировать проблемы больных, ставить цель и выбирать рациональные варианты применения различных медицинских изделий при проведении манипуляций, связанных с поддержанием личной гигиены, антропометрии, кормлением и наблюдением за больными, проведение простейших физиотерапевтических процедур, введение лекарственных средств;

- проводить обследование детей и осуществлять диагностические мероприятия;

Владеть навыками: - анализа проблемной ситуации как системы, выявлять ее составляющие и связи между ними;

- самостоятельной работы со специализированным оборудованием;

- постановки диагноза;

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Поликлиническая и неотложная педиатрия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП высшего образования программы специалитета.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. 11 / час. 396

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		11	12
Контактная работа	216	112	104
В том числе:			
Лекции	24	16	8
Лабораторные работы (ЛР)			
Практические занятия (ПЗ)	192	96	96
Самостоятельная работа (всего)	180	104	76
В том числе:			
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям			
Самостоятельное изучение тем			
Реферат			
Вид промежуточной аттестации зачет			
Общая трудоемкость час.	396	216	180
з.е.	11	6	5

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1.	Основные демографические и медикостатистические показатели, характеризующие здоровье детского населения. Организация работы детской поликлиники. Нормативные документы, регламентирующие работу врача педиатра участкового. Организация и проведение профилактических медицинских осмотров детей и подростков. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста.	2
2.	Диспансеризация здоровых новорожденных и детей раннего возраста, определение групп направленного риска. Организация рационального вскармливания ребенка на первого года жизни. Профилактика пищевой аллергии и дефицитных состояний у детей грудного возраста	2
3.	Наблюдение недоношенных новорожденных и родившихся с ОНМТ и ЭНМТ на педиатрическом участке. Особенности физического и нервно-психического развития недоношенных детей	2
4.	Тактика ведения на педиатрическом участке детей с белково-энергетической недостаточностью, функциональными нарушениями пищеварения	2

5.	Тактика ведения детей с атопическим дерматитом на педиатрическом участке.	2
6.	Ведение детей с вирусными инфекциями на педиатрическом участке. Проведение симптоматической терапии	2
7.	Рациональная антибиотикотерапия инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике	2
8.	Профилактика и лечение наиболее распространенных алиментарно-зависимых дефицитных состояний на амбулаторном этапе	2
9.	Диспансеризация и реабилитация детей с атопическим дерматитом, бронхиальной астмой, аллергическим риноконъюнктивитом, детей часто длительно болеющих в амбулаторно-поликлинических условиях	2
10.	Система диспансерного наблюдения за детьми с хроническими заболеваниями бронхо-легочной, сердечно-сосудистой системы, системы крови.	2
11.	Система диспансерного наблюдения за детьми с хроническими заболеваниями желудочнокишечного тракта, моче-выделительной, эндокринной системы.	2
12.	Организация противоэпидемической помощи детям на амбулаторно-поликлиническом этапе при инфекционных заболеваниях. Диспансеризация и реабилитация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, детей с туберкулезной инфекцией в амбулаторно-поликлинических условиях	2
	ИТОГО	24

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудо-емкость (час)	Форма текущего контроля
1.	Структура и организация работы детской поликлиники. Организация лечебно-профилактической помощи детям раннего возраста условиях детской поликлиники	Структура и функции детской поликлиники, основные задачи и направления деятельности. Участковый принцип организации обслуживания детей. Стандарты профилактической помощи врача-педиатра участкового.	6	Устный опрос, тестирование
2.		Организация патронажного наблюдения новорожденных на	6	Устный опрос, тестирование

		педиатрическом участке. Сбор и оценка биологического, генеалогического и социального анамнеза. Проведение неонатального скрининга в амбулаторных условиях. Уход за новорожденным.		
3.		Критерии здоровья новорожденных, определение групп направленного риска. Организация патронажного наблюдения детей первого года жизни на педиатрическом участке.	6	Устный опрос, тестирование
4.		Особенности вскармливания здоровых детей раннего возраста. Профилактика гипогалактии, правила введения прикормов здоровому новорожденному.	6	Устный опрос, тестирование
5.		Организация лечебного питания детей раннего возраста на педиатрическом участке. Характеристика и состав молочных смесей.	6	Устный опрос, тестирование
6.		Оценка «переходных» состояний у новорожденных. Диффдиагностика желтухи новорожденного.	6	Устный опрос, тестирование
7.		Функциональные нарушения кишечника, гипербилирубинемии, синдром срыгивания и рвоты у новорожденных. Диетическая и медикаментозная коррекция	6	Устный опрос, тестирование
8.		Наблюдение детей грудного и раннего возраста на педиатрическом участке. Оформление этапных эпикризов. Подготовка ребенка к оформлению в ДДУ	6	Устный опрос, тестирование
9.		Особенности лечебно-профилактической помощи недоношенным детям на педиатрическом участке. Организация питания, режима вскармливания, проведения профилактических прививок.	6	Устный опрос, тестирование
10.		Профилактика и ранняя коррекция алиментарно-зависимых дефицитных состояний у детей (рахит, анемия, ЙДЗ, БЭН)	6	Устный опрос, тестирование
11.		Комплексная оценка состояния здоровья детей. Группы здоровья. Диспансеризация здоровых детей от 1 месяца до 18 лет. Сроки диспансерного осмотра специалистами детей.	6	Устный опрос, тестирование
12.		Содержание работы врача ДШО детской поликлиники. Врачебный контроль при подготовке детей к	6	Устный опрос, тестирование

		поступлению в школу. Медицинское обслуживание школьников. Определение группы для занятий физвоспитанием		
13.		Лечебная работа участкового врача педиатра. Дифдиагностика ОРВИ у детей первого года жизни, критерии тяжести, лечение, исходы и профилактика. Правила выдачи больничного листа по уходу за ребенком	6	Устный опрос, тестирование
14.	Организация, основные задачи и медико-тактическая классификация уровней помощи при угрожающих состояниях у детей на догоспитальном этапе	Скорая и неотложная помощь при гипертермическом синдроме, судорожном синдроме на догоспитальном и госпитальном этапах.	6	Устный опрос, тестирование
15.		Диагностика, первая врачебная помощь, тактика участкового педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности, острой аллергической реакции, анафилактическом шоке у детей	6	Устный опрос, тестирование
16.		Диагностика, первая врачебная помощь, тактика участкового педиатра при синдромах сердечнососудистой недостаточности у детей. Аритмии, диагностика, неотложная помощь.	6	Устный опрос, тестирование
17.	Организация, основные задачи и медикотактическая классификация уровней помощи при угрожающих состояниях у детей на догоспитальном этапе	Скорая и неотложная помощь при травмах, электротравме и отравлениях грибами, токсическими веществами, лекарственными средствами. Тактика врача- педиатра. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
18.		Неотложная помощь при утоплении, обморожениях, термическом и химическом ожогах. Дифференциальная диагностика острой боли в животе.	6	Устный опрос, тестирование
19.		Острый живот и острая мошонка у детей. Дифдиагностика. Первая врачебная помощь на догоспитальном этапе. Скорая и неотложная помощь при токсикозе с эксикозом у детей	6	Устный опрос, тестирование
20.	Диспансерное	Медико-социальная реабилитация	6	Устный опрос,

	наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями	детей с ограниченными возможностями. Диспансерное наблюдение детей с перинатальной патологией ЦНС. Льготное лекарственное обеспечение детского населения в условиях поликлиники		тестирование
21.		Принципы диспансеризации детей в организованных коллективах. Показания и документация для проведения санаторно-курортного лечения	6	Устный опрос, тестирование
22.		Вопросы диспансеризации детей, больных хронической соматической патологией. Порядок взятия на учет, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета.	6	Устный опрос, тестирование
23.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с бронхолегочной патологией	6	Устный опрос, тестирование
24.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с аллергическими заболеваниями. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
25.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями сердечнососудистой системы. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
26.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями крови и онкологической патологией. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
27.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с болезнями почек и мочевыводящей системы. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
28.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями желудочнокишечного тракта. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
29.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с эндокринной патологией. показания к госпитализации. Организация работы «дневных» стационаров в условиях	6	Устный опрос, тестирование

		поликлиники		
30.	Противоэпидемическая работа врача педиатра участкового	Ведение детей с паразитарными заболеваниями в семье и в организованном детском коллективе на педиатрическом участке. Принципы диспансеризации и динамического наблюдения. Особенности ведения документации.	6	Устный опрос, тестирование
31.		Дифференциальный диагноз инфекционных заболеваний, сопровождающихся синдромом экзантем в поликлинике. Тактика участкового педиатра, противоэпидемическая работа в очаге ОКИ. Работа врача кабинета инфекционных заболеваний	6	Устный опрос, тестирование
32.		Дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций в поликлинике. Тактика участкового педиатра, противоэпидемическая работа в очаге ОКИ	6	Устный опрос, тестирование
		Итого	192	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля
1.		Кабинет здорового ребенка: оснащение, задачи, объем работы кабинета. Антенатальная охрана плода: дородовый патронаж, сбор и оценка биологического, генеалогического и социального анамнеза.	6	Устный опрос, тестирование
2.		Оценка нервно-психического развития ребенка первых 3-х лет жизни. Причины задержки и тактика ведения.	6	Устный опрос, тестирование
3.		Медико-социальные проблемы детей и подростков. Методы и средства реабилитации детей в амбулаторно-поликлинических условиях.	6	Устный опрос, тестирование
4.		Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. Льготное лекарственное обеспечение детского населения в условиях поликлиники	6	Устный опрос, тестирование
5.		Правила выдачи больничного листа по уходу за ребенком	6	Устный опрос, тестирование
6.		Организация патронажного	6	Устный опрос,

		наблюдения в период новорожденности на педиатрическом участке. Уход за новорожденным, профилактика гипогалактии.		тестирование
7.		Критерии здоровья новорожденных, определение групп направленного риска.	6	Устный опрос, тестирование
8.		Диспансеризация новорожденных с риском возникновения патологии ЦНС, гнойновоспалительных заболеваний, анемии и хр. расстройств питания	6	Устный опрос, тестирование
9.		Оценка «переходных» состояний у новорожденных. Дифдиагностика желтух новорожденных	6	Устный опрос, тестирование
10.		Функциональные нарушения пищеварения, синдром срыгивания и рвоты у новорожденных. Младенческие кишечные колики. Функциональный запор	6	Устный опрос, тестирование
11.		Документация детской поликлиники. Учетно-отчетные формы: назначение, порядок заполнения. Этика и деонтология в педиатрии.	6	Устный опрос, тестирование
12.		Работа врача организованного детского коллектива: дифференциальная подготовка к поступлению детей в ДДУ. Организация и проведение плановых профосмотров детей в образовательных учреждениях	6	Устный опрос, тестирование
13.		Оценки нервно-психического развития ребенка первых трёх лет жизни. Причины задержки, тактика ведения детей.	6	Устный опрос, тестирование
14.		Профилактика и ранняя коррекция дефицитных состояний у детей первого года жизни (рахит, анемия, гипо- и паратрофия)	6	Устный опрос, тестирование
15.		Диагностика, первая врачебная помощь, тактика участкового педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности у детей и подростков.	6	Устный опрос, тестирование
16.		Скорая и неотложная помощь при острых аллергических реакциях у детей и подростков на догоспитальном этапе.	6	Устный опрос, тестирование
17.		Диагностика, первая врачебная помощь, тактика участкового педиатра при синдромах сердечно-сосудистой недостаточности у детей	6	Устный опрос, тестирование

		и подростков. Аритмии, диагностика, неотложная помощь		
18.		Диагностика, первая врачебная помощь при острых инфекционных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе.	6	Устный опрос, тестирование
19.		Скорая и неотложная помощь при травмах, утоплении, отморожении у детей и подростков. Тактика врача-педиатра. Болевой синдром у детей и подростков, диагностика, диффдиагностика. Первая врачебная помощь на догоспитальном этапе	6	Устный опрос, тестирование
20.		Скорая и неотложная помощь при отравлениях ядовитыми веществами, лекарственными препаратами и т.д.	6	Устный опрос, тестирование
21.		Скорая и неотложная помощь при токсикозе с эксикозом у детей	6	Устный опрос, тестирование
22.		Вопросы диспансеризации детей с патологией желудочнокишечного тракта. Порядок взятия на учет, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета.	6	Устный опрос, тестирование
23.		Вопросы диспансеризации детей с патологией мочевыделительной системы. Порядок взятия на учет, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета.	6	Устный опрос, тестирование
24.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с острой и хронической патологией бронхолегочной системы. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
25.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с аллергическими заболеваниями. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
26.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
27.		Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с эндокринной патологией и нарушением обмена веществ. Показания к госпитализации.	6	Устный опрос, тестирование
28.		Ранняя диагностика, лечение,	6	Устный опрос,

		профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями крови и онкологической патологией. Показания к госпитализации.		тестирование
29.		Методы диагностики и дифференциального диагноза гельминтозов и простейших у детей. Методы лечения и профилактика.	6	Устный опрос, тестирование
30.		Дифференциальный диагноз инфекционных заболеваний, сопровождающихся синдромом экзантем в поликлинике	6	Устный опрос, тестирование
		Итого	180	

Формы текущего контроля успеваемости студентов: устный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

Формы промежуточной аттестации: зачет с оценкой.

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Примерные вопросы для тестирования

Вариант 1

1. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

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

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

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

3. ИЗ ОБЯЗАННОСТЕЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИСКЛЮЧЕНА РАБОТА

- А) профилактическая по воспитанию здорового ребенка
- Б) санитарно-просветительная с населением

В) по оказанию медицинской помощи по назначению врача

Г) по отбору детей на санаторно-курортное лечение

4. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА

А) №039

Б) №112

В) №036

Г) №030

5. ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИЕМЕ

В ПОЛИКЛИНИКЕ НОРМА ПРИЕМА ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ В ЧАС

А) 5 человек

Б) 2 человека

В) 4 человека

Г) 6 человек

6. НОРМАТИВ ПРИЕМА ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ

ОСМОТРАХ СОСТАВЛЯЕТ В ЧАС

А) 7 человек

Б) 5 человек

В) не более 12 человек

Г) 10 человек

7. К ДОКУМЕНТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ

А) история развития ребёнка (ф. № 112/у)

Б) журнал учёта инфекционных заболеваний (ф. № 060/у)

В) медицинское заключение на ребёнка (подростка) - инвалида с детства (ф. № 080/у)

Г) журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации (ф. № 001/у)

8. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) образ жизни семьи

Б) наследственность

В) состояние окружающей среды

Г) деятельность органов здравоохранения

9. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА

А) здорового ребенка

- Б) более ранние сроки созревания функций организма
- В) предупреждение инвалидности
- Г) уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов

10. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН

- А) кабинет доврачебного приема
- Б) фильтр с отдельным входом
- В) кабинет «Здоровое детство»
- Г) лаборатория

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

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

12. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РАБОТАЕТ

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

13. ДЕТИ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПОСЕЩАЮТ КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

- А) ежемесячно
- Б) ежеквартально
- В) каждые полгода
- Г) каждые два месяца

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

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

15. ИНФОРМАЦИЮ О ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ

ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ, ПРАВИЛАХ ВВЕДЕНИЯ ДОКОРМА И ПРИКОРМА РОДИТЕЛИ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ

- А) на приеме у дежурного педиатра
- Б) на молочно-раздаточном пункте
- В) в кабинете здорового ребенка
- Г) в отделении медицинской профилактики

16. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

- А) 1,5 лет
- Б) 6-ти месяцев
- В) 8-9 месяцев
- Г) 1 года жизни

17. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ А) низколактозная смесь

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

18. ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

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

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

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

20. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С ___ МЕСЯЦЕВ

- А) 6-ти
- Б) 7-ми
- В) 9-ти
- Г) 10-ти

Эталон ответов: 1-А, 2-Б, 3-Г, 4-Б, 5-В, 6-А, 7- Г, 8-А, 9-В, 10-Б

11-Г, 12-В, 13-Б, 14-А, 15-В, 16-В, 17-Б, 18-Г, 19-В, 20-А

Вариант 2

1. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ

- А) медицинская сестра или фельдшер
- Б) участковый педиатр
- В) врач-педиатр или медицинская сестра
- Г) медицинский регистратор

2. ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ НОРМАТИВ ВРАЧА-ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ В ЧАС

- А) 1 человек
- Б) 2 человека
- В) 3 человека
- Г) 4 человека

3. РАСЧЕТ ШТАТА ПЕДИАТРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ШКОЛЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1 ВРАЧ НА УЧАЩИХСЯ

- А) 2000
- Б) 500
- В) 8000
- Г) 1000

4. ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) проведение санитарно-эпидемиологического надзора
- Б) проведение лечебно-профилактической работы в ДДУ и школах
- В) оформление инвалидности детям
- Г) оказание неотложной психиатрической помощи

5. ОБЯЗАННОСТЬЮ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) контроль за питанием детей в школе
- Б) контроль за работой молочной кухни
- В) осмотр детей перед вакцинацией
- Г) лечение детей в дневном стационаре

6. ФОРМА №058/У - ЭТО

- А) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- Б) история развития ребёнка
- В) медицинская карта ребёнка
- Г) журнал учёта профилактических прививок

7. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ» УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОБЯЗАН УТОЧНИТЬ

МЕНЮ ЗА ПРЕДЫДУЩИЕ СУТКИ, ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНОГО НА ПАТОГЕННУЮ КИШЕЧНУЮ ФЛОРУ, ВИРУСЫ, КОПРОЛОГИЮ И ЗАПОЛНИТЬ

- А) ф. №088/у
- Б) ф. №063/у
- В) ф. №030/у
- Г) ф. №058/у

8. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ А) МЗ СР РФ №366н

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

9. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПИСЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

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

10. К МЕТОДАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСЯТ

- А) раннюю диагностику заболеваний
- Б) оздоровление окружающей среды
- В) профилактическую госпитализацию
- Г) занятия физкультурой

11. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДО __ ЛЕТ

- А) 6-ти
- Б) 2-х
- В) 5-ти
- Г) 3-х

12. ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 21 НОЯБРЯ 2011 Г. N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПОД ЗДОРОВЬЕМ ПОНИМАЮТ

- А) возможность осуществления биологических и трудовых функций
- Б) отсутствие патологических процессов в организме
- В) состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний

Г) отсутствие анатомических и физиологических дефектов

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

А) 112/у

Б) 026/у-2000

В) 063/у

Г) 058/у

14. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

А) отварное мясо

Б) молочные продукты

В) овощи

Г) фрукты

15. ПРИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ РАСЧЕТ НУТРИЕНТОВ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С

А) возрастом и должнствующей массой тела

Б) должнствующей массой

В) возрастом и фактической массой тела

Г) приблизительно должнствующей массой

16. АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ СРЫГИВАНИЙ СОДЕРЖАТ

А) пребиотик

Б) крахмал

В) камедь

Г) пробиотик

17. БОЛЬНЫЕ МУКОВИСЦИДОЗОМ НУЖДАЮТСЯ В

А) повышенном количестве углеводов

Б) повышенном количестве белка и энергии

В) пониженном количестве белка

Г) пониженном количестве жира

18. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) пшеничный хлеб

Б) ячменную кашу

В) ржаной хлеб

Г) кукурузную кашу

19. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ

АНЕМИИ СОСТОИТ В

- А) физической нагрузке
- Б) режиме дня
- В) сбалансированном питании
- Г) медикаментозной терапии

20. ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ

- А) Алфаре
- Б) Фрисовом
- В) Сэмпер бифидус
- Г) Нэнни

**Эталон ответов: 1-А, 2-Б, 3-Г, 4-Б, 5-В, 6-А, 7- Г, 8-А, 9-В, 10-Б
11-Г, 12-В, 13-Б, 14-А, 15-В, 16-В, 17-Б, 18-Г, 19-В, 20-А**

Рубежный контроль 2.

Вариант 1

1. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ

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

2. ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

ВЫЯВЛЯЮТ А) синдром Нунан

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

3. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

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

4. ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ

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

5. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ В ПРОЦЕНТАХ А) 5-10

- Б) 11-20
- В) 21-30
- Г) больше 30

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

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

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

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

8. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

- А) IgM Б) IgA
- В) IgG
- Г) IgE

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

- А) гипоксия в родах
- Б) отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни

- В) отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
- Г) проведение реанимационных мероприятий в родильном зале

12. ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ

- А) уменьшается
- Б) увеличивается

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

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

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

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

Г

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

15. ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ

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

16. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) копрологическое исследование
- Б) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
- В) определение антител к тканевой транслугтаминазе в сыворотке

крови

- Г) УЗИ брюшной полости

17. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ

- А) антибиотики, муколитики, ферменты
- Б) ферменты, противокашлевые средства

В) муколитики, глюкокортикоиды

Г) ферменты, витамины

18. ЖЕЛТУХА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ И МУКОВИСЦИДОЗЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

А) механической

Б) конъюгационной

В) паренхиматозной

Г) гемолитической

19. НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

А) тиреотоксикоза

Б) врожденного порока сердца

В) атрезии пищевода

Г) муковисцидоза

20. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

А) Сильвермана

Б) Балларда

В) Даунса

Г) Дементьевой

Вариант-2

1. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ

А) педиатр и детский невропатолог

Б) педиатр и терапевт

В) детский невропатолог и медицинская сестра

Г) педиатр и медицинская сестра

2. ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА

А) IgA

Б) IgG

В) IgM

Г) IgE

3. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А) фенобарбитал

Б) инфузионная терапия

В) фототерапия

Г) гепатопротектор

4. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гематокрит
- Б) глюкоза крови
- В) электролиты крови
- Г) белок крови

5. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ С

- А) с полным гидролизом белка
- Б) белактозным
- В) низколактозным
- Г) антирефлюксным

6. ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

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

7. ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПАЛАТ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ _____ В ДЕНЬ

- А) 6-7 раз
- Б) 1 раз
- В) 2 раза
- Г) 3-5 раз

8. ДИАГНОЗ АНЕМИИ СТАВИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА 1-Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ Г/Л

- А) 130 Б) 170
- В) 150
- Г) 140

9. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ

- А) щелочной фосфатазы
- Б) аспаратаминотрансферазы
- В) аланинаминотрансферазы
- Г) альдолазы

10. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ

ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. СРАЗУ ВСЛЕД ЗА ЭТИМ СЛЕДУЕТ

- А) оценить цвет кожных покровов
- Б) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
- В) оценить частоту сердечных сокращений
- Г) удалить содержимое желудка

11. ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ПОЗВОЛЯЕТ

- А) кашель
- Б) постоянное нарушение дыхания при кормлении
- В) напряжение брюшной стенки
- Г) наличие пенистых выделений изо рта

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

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

13. НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г

- А) 1200
- Б) 1000
- В) 1500
- Г) 1750

14. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 19,5- 22,9
- Б) 18,5-19,4
- В) 17-18,4
- Г) 15-16,9

15. В ОСНОВЕ ЦЕЛИАКИИ ЛЕЖИТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

- А) углеводов злаков Б) белков животного происхождения

В) белков молока

Г) белков злаков

16. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

А) отварное мясо

Б) молочные продукты

В) овощи

Г) фрукты

17. ОЛИГУРИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ СЧИТАЕТСЯ ДИУРЕЗ МЕНЕЕ МЛ/КГ/ЧАС

А) 2,0

Б) 1,5

В) 3,0

Г) 0,5

18. ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ

А) лактазар

Б) фестал

В) панзинорм

Г) креон

19. ПРИЧИНОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) неблагоприятный преморбидный фон

Б) репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике

В) искусственное вскармливание

Г) медикаментозная терапия

20. АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ СРЫГИВАНИЙ СОДЕРЖАТ

А) пребиотик

Б) крахмал

В) камедь

Г) пробиотик

Эталоны ответов

№вопроса п/п	Вариант 1	Вариант 2
1	Г	Г
2	В	Б
3	В	В
4	Б	Г
5	Б	А
6	Г	Б

7	А	Г
8	Б	В
9	А	А
10	Б	В
11	Б	Б
12	А	В
13	В	Б
14	Г	В
15	В	Г
16	Б	А
17	А	Г
18	В	А
19	Г	Б
20	Б	В

Тестовый контроль к III рубежному контролю

Вариант 1

1. КАКОЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА?

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

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

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

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

- А) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 1

4. КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12?

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

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

МГ/КГ

МАССЫ ТЕЛА

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) фруктовых и овощных пюре и соков
- Б) молока и молочных продуктов

В) высокобелковых продуктов, содержащих фенилаланин

Г) глютенсодержащих продуктов

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

А) 2 лет

Б) 6 месяцев

В) 1 года

Г) 3 лет

11. РЕБЕНКУ С РАХИТОМ ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ

А) гипервитаминоза D

Б) спазмофилии

В) гиперкалиемии

Г) тахифилаксии

12. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А) формирование навыков личной гигиены

Б) правила ухода за ребенком

В) профилактика аллергических заболеваний

Г) профилактика нарушений осанки

13. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

А) динамическое наблюдение за больными детьми

Б) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей

В) динамическое наблюдение за здоровыми детьми

Г) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения

14. ДЛЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА РЕБЁНКА В 1 МЕСЯЦ ХАРАКТЕРНО

А) удержание в поле зрения неподвижного предмета (лица взрослого) и зрительное сосредоточение в вертикальном положении

Б) плавное прослеживание движущегося предмета, сосредоточение взгляда на неподвижном предмете (лице взрослого)

В) длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым

Г) зрительное сосредоточение в вертикальном положении

15. АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА Г/Л

- А) 76
- Б) 106
- В) 96
- Г) 56

16. РЕБЁНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С _____ МЕСЯЦЕВ

- А) 4
- Б) 1,5
- В) 2
- Г) 3

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

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

18. РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К

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

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

- А) 6
- Б) 2
- В) 8
- Г) 10

20. ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ

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

Вариант 2

1. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ НАЧАЛА УДЕРЖИВАНИЯ ГОЛОВЫ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 3 месяца

- Б) 1 месяц
- В) 2 месяца
- Г) 4 месяца

2. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ДОЗЕ 500-1000 МЕ ВИТАМИНА D ЕЖЕДНЕВНО С А) 3-го месяца

- Б) 1-го месяца
- В) 2-го месяца
- Г) с 14 суток жизни

3. ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- А) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 5

4. ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- А) от 6 мес. до 1 года
- Б) на 1-2 месяца
- В) пожизненно
- Г) до пубертатного периода

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) гельминтозе
- Б) хронической кровопотере
- В) нерациональном вскармливании
- Г) гемолизе эритроцитов

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 4-6 месяцев
- Б) 0,5 месяца
- В) 2-3 месяца
- Г) 1-1,5 месяца

7. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) только уровень сывороточного железа

Б) уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

В) уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и коэффициент насыщения трансферрина

Г) уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина

8. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В

А) первые часы после рождения

Б) первое полугодие жизни

В) конце первого года жизни

Г) конце первого месяца жизни

9. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

А) 6-ти месяцев

Б) 8-9 месяцев

В) 1,5 лет

Г) 1 года жизни

10. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) инфекционное заболевание

Б) инсульт

В) травма головы

Г) отравление

11. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ УГАСАЕТ РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ БАУЭРА?

А) к 4 месяцам

Б) к концу 1 года

В) к 6 месяцам

Г) к концу 1 месяца

12. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ

А) урока

Б) игры

В) беседы

Г) лекции

13. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) профилактика рахита, хронических расстройств питания, анемии

Б) профилактика инфекционно-аллергических заболеваний

В) профилактика детского травматизма

14. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А) профилактика детского травматизма

Б) профилактика рахита и анемии

В) соблюдение режима дня

15. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

А) своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него

Б) направление детей на лечение в стационар

В) назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям

Г) отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении

16. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В

А) месяц

Б) квартал

В) полгода

Г) неделю

17. ЭМОЦИИ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

А) быстрым ответом улыбкой на разговор с ним взрослого

Б) появлением «комплекса оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним

В) смехом

Г) радостью от общения с другим ребенком, гулением

18. РЕБЁНОК ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СТОЯТЬ С МЕСЯЦЕВ

А) 10

Б) 12

В) 11

Г) 8

19. РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ СО СПИНЫ НА ЖИВОТ С МЕСЯЦЕВ

А) 5

Б) 6

В) 7

Г) 4

20. ГРУПП ЗДОРОВЬЯ СУЩЕСТВУЕТ

А) 5

Б) 4

В) 7

Г) 6

Вариант 3

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА НАЧИНАЮТ С

А) 20-25 дней

Б) 10 дней

В) 2 мес.

Г) 3 мес.

2. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) 2

Б) 1

В) 4

Г) 5

3. РЕБЕНКУ 3 ГОДА. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: ЭРИТРОЦИТЫ- $2,3 \times 10^{12}/л$, ГЕМОГЛОБИН-55 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ-0,88. ДАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ

А) III степени, гипохромной

Б) II степени, гипохромной

В) III степени, нормохромной

Г) II степени, нормохромной

4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие гипохромной анемии

Б) снижение сывороточного железа

В) наличие источника кровопотери

Г) снижение железосвязывающей способности сыворотки

5. ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ

НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА Д В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ МЕ

А) 6000

- Б) 500
- В) 1000 - 2000
- Г) 2000 - 4000

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хроническая кровопотеря
- Б) глистная инвазия
- В) нарушение всасывания железа

7. ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

- А) ферритин
- Б) трансферрин
- В) гемоглобин

8. ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА

ИСПОЛЬЗУЮТ В ПОЛОВИННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ В ТЕЧЕНИЕ _____

МЕС.

- А) 3
- Б) 2
- В) 4
- Г) 6

9. АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У

БОЛЬШИНСТВА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ ЖИЗНИ

- А) к концу 2-го месяца
- Б) в первые часы
- В) к 10 дню
- Г) в конце первого полугодия

10. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С ___ МЕСЯЦЕВ

- А) 6-ти
- Б) 7-ми
- В) 9-ти
- Г) 10-ти

11. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

12. ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО

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

13. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ЦИНКА НАЗНАЧАЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

- А) полноценного зрения
- Б) остеообразования
- В) дезинтоксикационной функции печени
- Г) нормального кроветворения

14. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) профилактика нарушений осанки
- Б) правила ухода за ребенком
- В) навыки личной гигиены
- Г) профилактика острых респираторных заболеваний

15. ВЕРХНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К МЕСЯЦУ

- А) 6
- Б) 4
- В) 2
- Г) 8

16. ПРИМЕРНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ РОСТ 123 СМ И МАССУ ТЕЛА 24 КГ, СОСТАВЛЯЕТ ___ ЛЕТ

- А) 5
- Б) 6
- В) 7
- Г) 8

17. ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ С ЦЕЛЬЮ

- А) отбора детей, нуждающихся в консультации заведующего отделением

- Б) лечения выявленных состояний
- В) разработки плана диспансеризации
- Г) профилактики развития патологических состояний

18. РЕБЁНОК СПОСОБЕН УВЕРЕННО БРАТЬ ИГРУШКИ, НАХОДЯСЬ В ЛЮБОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПОДОЛГУ ЗАНИМАТЬСЯ С НИМИ, ПЕРЕКЛАДЫВАЯ ИЗ РУКИ В РУКУ В МЕСЯЦЕВ

- А) 10
- Б) 9
- В) 8
- Г) 6

19. РЕБЁНОК ДЕЛАЕТ ПЕРВЫЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ШАГИ

С

МЕСЯЦЕВ

- А) 14
- Б) 9
- В) 10
- Г) 12

20. РЕБЁНОК В 12 МЕСЯЦЕВ ПЬЕТ

- А) из бутылочки, которую держит взрослый, придерживая её руками
- Б) самостоятельно из чашки, сам берёт и держит её руками
- В) из чашки, которую держит взрослый
- Г) из чашки, слегка придерживая её руками

Эталоны ответов к рубежному контролю 3

Номер вопроса	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
1	А	В	А
2	В	Г	Б
3	А	Б	В
4	Г	В	Б
5	А	В	Г
6	В	Г	А
7	Б	Г	А
8	В	А	Б
9	Г	Б	А
10	В	Г	А
11	Б	А	В
12	А	Б	Г
13	В	А	Г

14	Б	А	Г
15	А	В	Б
16	Г	А	В
17	Б	В	Г
18	А	В	Г
19	Б	А	Г
20	В	А	Б

**Рубежный контроль по теме «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ»
ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО В
ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В
ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- А) диафрагмальной грыже
- Б) врожденном пороке сердца
- В) болезни гиалиновых мембран
- Г) аспирационном синдроме

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ДЕКСАМЕТАЗОНА У ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА) А) 0,2-0,5**

- Б) 0,01-0,05
- В) 0,06-0,1
- Г) 1,5-2

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА) А) 0,01**

- Б) 0,05
- В) 0,1
- Г) 0,2

**ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО
СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- А) Кальция глюконата
- Б) Неостигмина метилсульфата
- В) Лидокаина
- Г) Метамизола натрия

**ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У
ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- А) при признаках «бледной лихорадки»
- Б) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела В)
при сопутствующих заболеваниях сердца
- Г) всегда

ПРИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ

НУЖНО НАЧИНАТЬ С (ДЖ НА КГ)

- А) 2
- Б) 4
- В) 10
- Г) 5

ИВЛ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ ПРОВОДИТСЯ % КИСЛОРОДОМ А) 100

- Б) 50
- В) 35
- Г) 75

ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) плевральная пункция и дренаж
- Б) возвышенное положение
- В) положение на пораженной стороне
- Г) интубация и искусственное дыхание

НЕОБХОДИМЫЙ ИНТЕРВАЛ ВРЕМЕНИ МЕЖДУ РАЗРЯДАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН) А) 1-2

- Б) 3-4
- В) 5
- Г) 6-7

ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ А) лежа на спине с приподнятым головным концом

- Б) лежа на спине с приподнятым ножным концом
- В) сидя

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОЦЕНИВАЮТ

ПО ХАРАКТЕРУ ИЗМЕНЕНИЯ

- А) пульса на периферических артериях
- Б) сознания
- В) диаметра зрачка
- Г) артериального давления

К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) дельта-волна
- Б) синусовая аритмия
- В) миграция источника ритма в пределах предсердий

Г) отрицательный зубец Т в правых отведениях

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ?

А) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков Б) ограничено при сохранении фибрилляции желудочков

В) не ограничено при сохранении брадикардии

Г) ограничено при сохранении пароксизмальной тахикардии

НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, ЕСЛИ ВЫЯВЛЕНА

А) гипокальциемия

Б) асистолия и атония миокарда

В) электромеханическая диссоциация

Г) фибрилляция желудочков

ПРИ ЗАПРОКИДЫВАНИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА КЗАДИ ВО ВРЕМЯ

ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

А) выпрямление дыхательных путей

Б) предотвращение западения языка

В) улучшение мозгового кровотока

Г) улучшение сердечного ритма

ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ИБУПРОФЕН ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ (МГ/КГ)

А) 5-10

Б) 1-2

В) 3-4

Г) 12-15

ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ (МГ/КГ)

А) 10-15

Б) 5

В) 8

Г) 20

ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ВОЗНИКАЕТ

А) коагуляционный некроз

Б) колликвационный некроз

- В) отек слизистой
- Г) гиперемия слизистой

ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ВОЗНИКАЕТ

- А) колликвационный некроз
- Б) коагуляционный некроз
- В) отек слизистой
- Г) гиперемия слизистой

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА ИМЕЕТ

- А) три степени
- Б) четыре степени
- В) две степени
- Г) пять степеней

ПРИ ОСТРОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕБЁНКУ ПРИ СОХРАНЕНИИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) промывание желудка
- Б) инфузионную терапию
- В) катетеризацию периферической вены
- Г) искусственную вентиляцию легких (ИВЛ)

АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Димеркапрол
- Б) Кальция хлорид
- В) Калия хлорид
- Г) Фентанил

К ЭФФЕКТАМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ

- А) отрицательный хронотропный
- Б) положительный миотропный
- В) отрицательный инотропный
- Г) положительный дромотропный

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А) в-адреноблокаторы
- Б) сердечные гликозиды
- В) Амiodарон
- Г) Лидокаин

ПРИ ВСЕХ ВИДАХ АВ-БЛОКАД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Изопротеренола хлорид
- Б) Лидокаин
- В) Атропина сульфат
- Г) Дигоксин

НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А) сосудистого спазма
- Б) снижения температуры
- В) гиперфункции парасимпатического отдела ЦНС
- Г) перераспределения лимфы

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПУТЕМ

- А) ликвидации дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК)
- Б) проведения оксигенотерапии
- В) адекватного обезболивания
- Г) проведения искусственной вентиляции легких

РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- А) непрямой массаж сердца
- Б) прикладывание холода на магистральные сосуды
- В) введение Линкомицина
- Г) введение глюкагона

ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЁНКА С ГИПОТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- А) Тренделенбурга
- Б) лежа на животе
- В) строго сидя
- Г) лежа на спине

ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ НЕПРАВИЛЬНО

- А) укладывать больного на правый бок
- Б) укладывать больного на спину, запрокинув назад голову
- В) поднимать и выдвигать вперед подбородок
- Г) проводить искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- А) отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания
- Б) акроцианозе и судорогах
- В) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.

Г) снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст.

ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА НЕ СЛЕДУЕТ

- А) класть ребенка на мягкую поверхность
- Б) класть ребенка на твердую поверхность
- В) зафиксировать время остановки кровообращения
- Г) вызывать реанимационную бригаду

МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ

- А) наложение жгута на пораженную поверхность
- Б) отсасывание яда из ранок
- В) обработка ранок йодом и наложение асептической повязки
- Г) создание физического покоя

К РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОТНОСЯТ

- А) введение лекарственных препаратов
- Б) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
- В) проведение искусственной вентиляции легких
- Г) восстановление кровообращения

ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ

- А) пульс на периферических сосудах
- Б) пульс на крупных артериях
- В) сужение зрачков
- Г) улучшение цвета кожи и слизистых

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) перевод на искусственную вентиляцию легких
- Б) усиление регидратационной терапии
- В) назначение дыхательных analeптиков
- Г) назначение гидрокарбоната натрия в/в

АТРОПИН ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- А) нарушении атриовентрикулярной проводимости
- Б) острой задержке мочи
- В) кишечной непроходимости
- Г) передозировке наркотических препаратов

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

**ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ
ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ**

- А) строго сидя
- Б) вполоборота
- В) лежа на спине
- Г) полулежа

**КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ**

- А) искусственной вентиляции легких
- Б) введения 4% раствора бикарбоната натрия
- В) инфузии Трометамола
- Г) инфузии 25% раствора глюкозы

**ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ
ПНОПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) плевральная пункция
- Б) кислородотерапия
- В) гормонотерапия
- Г) искусственная вентиляция легких

**ПРИ ОТЕКЕ ЛЁГКИХ ГАНГЛИОБЛОКАТОРЫ НЕОБХОДИМО
ВВОДИТЬ**

А) при артериальном давлении выше нормы Б) у детей первых месяцев жизни

- В) в вертикальном положении больного
- Г) при частоте дыхания свыше 60 в 1 минуту

ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ПРИМЕНЯЮТ

- А) Фуросемид
- Б) Маннитол
- В) Мочевину
- Г) Альбумин

**МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АПНОЭ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПЕРКАПНИИ У
БОЛЬНОГО С ДЕПРЕССИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
(ЦНС) ВЫСТУПАЕТ**

- А) кислородотерапия и искусственная вентиляция легких
- Б) трахеотомия
- В) интубация трахеи
- Г) введение Актовегина внутривенно

**ПРОВЕДЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКУ
НЕОБХОДИМО**

НАЧИНАТЬ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА (ГРАДУС ЦЕЛЬСИЯ)

А) 38,5

Б) 39

В) 37,5

Г) 38

**К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ НЕОТЛОЖНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ
МЕРОПРИЯТИЮ**

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ

А) введение Эпинефрина

Б) восстановление объема циркулирующей крови

В) введение Преднизолона

Г) введение антигистаминных препаратов

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
ПРЕПАРАТОМ**

ПЕРВОГО ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

А) Сальбутамол

Б) Бекламетазон

В) Кромогликат натрия

Г) Кетотифен

**«ЭКСТРЕННЫМ» ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ
АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Эпинефрин

Б) Супрастин

В) Глюкоза внутривенно

Г) Пенициллиназа

**КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ
ПРИ ОРВИ?**

А) фебрильные судороги

Б) приступообразный кашель

В) синдром гиперреактивности бронхов

Г) анорексия

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ
ПОМОЩИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ
ЯВЛЯЕТСЯ**

А) фиксированная комбинация Фенотерола и Ипратропиума бромиды

Б) Теофиллин

В) Будесонид

Г) Амброксол

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРИ
ОЖОГАХ НЕОБЯЗАТЕЛЬНА**

- А) I ст. 5-10%
- Б) I ст. 10-15%
- В) II ст. 5% более
- Г) III ст. 3% и более

ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) степень утраты сознания
- Б) выраженность костно-травматических повреждений
- В) выраженность менингеального синдрома
- Г) повторная рвота

ЧТО ДОЛЖЕН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ВЫЯСНИТЬ ВРАЧ, ЕСЛИ У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ: Вялость, бледность, распространенные отеки?

- А) сколько мочи выделяет ребенок
- Б) снижен ли аппетит
- В) какие инфекционные заболевания перенес ребенок
- Г) был ли контакт с больным корью

ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипербарическая оксигенация
- Б) заменное переливание крови
- В) гемосорбция
- Г) ингаляции кислородно-воздушной смеси

ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА

- А) стоя
- Б) сидя или лежа на боку
- В) лежа на спине
- Г) лежа на животе

ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипокальциемия
- Б) гиперкальциемия
- В) гипофосфатемия
- Г) гипокалиемия

К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ А) деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец Т

- Б) уплощение зубца Т
- В) снижение интервала ST, отрицательный зубец Т

Г) снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ

ВДУВАНИЕ ВОЗДУХА И СЖАТИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ РЕАНИМАЦИИ, ПРОВОДИМОЙ ОДНИМ РЕАНИМАТОРОМ, ПРОВОДЯТСЯ В СООТНОШЕНИИ А) 2 : 15

Б) 1 : 5

В) 1 : 15

Г) 2 : 30

«ТРОЙНОЙ» ПРИЕМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

А) под лопатки подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинута вперед Б) положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед

В) положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней

Г) положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ**

А) на границе средней и нижней трети грудины

Б) на верхней трети грудины

В) на границе верхней и средней трети грудины

Г) в пятом межреберном промежутке слева

ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ А) двумя пальцами

Б) основанием ладони одной руки

В) двумя руками

Г) одним пальцем

ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ЛЕТОМ РЕБЕНКУ

А) необходимо избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами

Б) необходимо давать много жидкости в жаркие дни

В) следует большую часть времени проводить у водоемов

Г) не следует выходить на улицу

ПРОТИВООТЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

А) нарастания внутричерепного давления

Б) развития отека мозга

В) нарастания гематомы

Г) развития отека легких

ОБЪЕМ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ЭКСИКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/КГ) А) 100

Б) 200

В) 50

Г) 75

НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ОТЕКЕ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

А) ингаляций Будесонида

Б) парокислородных ингаляций

В) симпатомиметиков

Г) диуретиков

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР СТИМУЛИРУЮТ

А) салицилаты

Б) транквилизаторы

В) снотворные

Г) нейролептики

ПУНКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СПРАВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ, ПОТОМУ ЧТО А) предотвращает повреждение грудного протока

Б) технически выполняется легче

В) меньше возможность повреждения легкого

Г) предотвращает повреждение сонной артерии

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) гипербарическая оксигенация

Б) искусственная вентиляция легких 100% O₂

В) введение антидота внутривенно

Г) обменное переливание крови

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО

А) после интубации трахеи Б) в

положении на спине

В) после идентификации яда

Г) в положении на боку с опущенной головой

ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ БЕЗ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

А) антигистаминным препаратом второго поколения

Б) инфузионная терапия с целью дезинтоксикации

В) антигистаминный препарат первого поколения

Г) Преднизолон 1-2 мг/кг в сутки коротким курсом

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ МОРФИЕМ ПРИМЕНЯЮТ

А) Налорфин

Б) Бемегрид

В) Атропин

Г) Протамин сульфат

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ГЕПАРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ

А) Протамин сульфат

Б) Бемегрид

В) Налорфин

Г) Атропин

**ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ НЕ
СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

А) аминогликозиды

Б) Левомецетин

В) Пенициллин

Г) Азитромицин

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ
СУДОРОВ У**

ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А) фебрильные судороги при вирусных инфекциях

Б) эпилепсия

В) травма головного мозга

Г) острое отравление

**ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ**

А) Эпинефрин

Б) Дексаметазон

В) Хлоропирамин

Г) Допамин

**РЕБЕНОК 2-Х ЛЕТ ВНЕЗАПНО ЗАКАШЛЯЛ, ПОСИНЕЛ,
КАШЕЛЬ ПРОДОЛЖАЛСЯ ОКОЛО 10 МИНУТ И БОЛЬШЕ НЕ
ВОЗОБНОВЛЯЛСЯ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ КАШЕЛЬ ПОЯВИЛСЯ
ВНОВЬ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ
КОЛИЧЕСТВО СУХИХ ХРИПОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СПРАВА.
ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?**

А) инородное тело бронхов

Б) стеноз гортани

В) обструктивный бронхит

Г) острая пневмония

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАФТИЗИНА ИЛИ ГАЛАЗОЛИНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А) сонливость, снижение артериального давления, брадикардия, бледность кожных покровов

Б) красный дермографизм, тахикардия, артериальная гипертензия В) судороги, гипертермия, повышенная возбудимость

Г) полиурия, полидипсия, гипергликемия

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АТРОПИНОПОДОБНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАБЛЮДАЮТСЯ

А) гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков

Б) саливация, бронхоспазм, сужение зрачков

В) угнетение сознания, сужение зрачков

Г) тонико-клонические судороги

ПРИ АСИСТОЛИИ ПОКАЗАНО

А) введение Эпинефрина

Б) введение Амиодарона

В) дефибрилляция

Г) введение раствора Рингера 20 мл/кг болюсно

ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

А) Диазепам

Б) Преднизолон

В) Фуросемид

Г) Магния сульфат

У ДЕВОЧКИ 3 ЛЕТ ПОЛИУРИЯ, ДЕФИЦИТ ВЕСА 10%, КОЖА И ЯЗЫК СУХИЕ, ГИПЕРЕМИЯ ЩЕК, ЗАПАХ АЦЕТОНА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ, ПЕЧЕНЬ + 3 СМ. ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК - 22,8 ММОЛЬ/Л. В МОЧЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ АЦЕТОН И САХАРА. КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПЕРВЫЙ ЭТАП НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ?

А) инфузионная терапия 0,9% раствором NaCl и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг

Б) инфузионная терапия 5% раствором глюкозы и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг

В) инфузионная терапия 10% раствором глюкозы

Г) только инсулинотерапия из расчета 0,1ЕД/кг

ОПТИМАЛЬНЫМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА ИОНАМИ КАЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия

Б) раствор фосфата калия

- В) 1% раствор хлорида калия
- Г) 0,3 % раствор хлорида калия

ПРИ ОТЕКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) Фуросемид
- Б) заменители плазмы
- В) 5% раствор Глюкозы
- Г) Преднизолон

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ

- А) на границе средней и нижней трети грудины
- Б) с обеих сторон грудной клетки
- В) в пятом межреберном промежутке слева
- Г) на верхней части грудины

НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кома
- Б) сомнолентность
- В) оглушение
- Г) сопор

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ

ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отравление
- Б) инсульт
- В) травма головы
- Г) инфекционное заболевание

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ

ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ НЕ ХАРАКТЕРНА

- А) гипертермия
- Б) диарея
- В) тошнота
- Г) рвота

ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА

- А) гиперсаливация
- Б) гипертермия
- В) анемия
- Г) гипергликемия

ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А) нарушением дыхания
- Б) диспепсией
- В) рвотой
- Г) дизурией

ТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАРБИТУРАТАМИ СОСТОИТ В

- А) отсутствии сознания (кома)
- Б) артериальной гипертензии
- В) брадикардии
- Г) сужении зрачков

К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ

- А) угнетение ЦНС
- Б) увеличение диуреза
- В) тахикардию
- Г) запор

К КАРДИАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТ

- А) перегрузку давлением или объемом
- Б) острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности
- В) тяжелые врожденные пороки сердца
- Г) нарушения сердечного ритма

ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А) перегрузки правых отделов сердца
- Б) перегрузки левых отделов сердца
- В) нарушений сердечного ритма

Г) ишемии миокарда

**СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

А) тахипноэ при физической нагрузке

Б) тахикардией в покое

В) цианозом в покое

Г) увеличением печени

**К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ
УГАРНЫМ**

ГАЗОМ ОТНОСЯТ

А) гемолиз эритроцитов

Б) потерю сознания

В) нарушение дыхания

Г) тахикардию, артериальную гипертензию

**К СИМПТОМАМ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИМ КЛИНИКЕ
ОТЁКА ЛЁГКИХ ОТНОСЯТ**

А) тоны сердца усилены, пульс ритмичный

Б) бледность, цианоз кожи, холодный пот

В) кашель с отделением пенистой мокроты

Г) влажные разнокалиберные хрипы в легких

**К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ УКУСА ПЧЁЛ, ОС
ОТНОСЯТ**

А) геморрагическую сыпь

Б) отек мягких тканей

В) локальный лимфаденит

Г) лихорадку

**К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ
ОБМОРОЖЕНИЯ ОТНОСЯТ**

А) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем - мумификация

Б) пузыри на отечной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности

В) некроз кожи

Г) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании

ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ

А) прекращается

Б) увеличивается

В) несколько снижается

Г) не изменяется

**ГИПЕРТЕРМИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПОВЫШЕНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВЫШЕ**

А) 39,1

Б) 37,5

В) 38,1

Г) 38,5

**К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИИ,
ОТНОСЯТ**

А) полиурию

Б) озноб

В) потливость

Г) тахикардию

**К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У
ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ**

А) судороги

Б) рвоту

В) диарею

Г) приступ кашля

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ
ЯВЛЯЕТСЯ**

А) развитие инфекционных заболеваний

Б) нервный стресс

В) перегрев ребенка

Г) прекращение грудного вскармливания

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА
РАЗВИВАЮТСЯ**

А) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном

Б) через 6-8 часов после воздействия аллергена

В) через 48-72 часа после контакта с аллергеном

Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном

**ОТСРОЧЕННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МЕДЛЕННОГО ТИПА
РАЗВИВАЮТСЯ** А) через 6-8 часов после воздействия аллергена

Б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном

В) через 48-72 часа после контакта с аллергеном

Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА
РАЗВИВАЮТСЯ**

А) через 48-72 часа после контакта с аллергеном

Б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном

В) через 6-8 часов после воздействия аллергена

Г) в течение первого месяца после воздействия аллергена

КРОВЬ ПРИОБРЕТАЕТ ЯРКО-АЛЫЙ ЦВЕТ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

А) Окисью углерода Б) Уксусной кислотой

В) Мышьяковистым ангидридом

Г) Этиленгликолем

ОБТУРАЦИОННУЮ АСФИКСИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

А) закрытие просвета дыхательных путей инородным телом

Б) нахождение в замкнутом объеме пространства

В) повешение

Г) сдавление груди и живота

Правильный ответ - А)

Рубежный контроль по теме:

«Диспансеризация детей с хронической соматической патологией»
БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ
ЗДОРОВЬЯ А) 3, 4, 5 Б) 1, 3, 4

В) 2, 3, 5 Г) 2, 3, 4

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

А) 5 Б) 4

В) 2 Г) 3

РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН
НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

А) эндокринологом

Б) эпидемиологом

В) ортопедом Г) урологом

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

А) 5

Б) 3

В) 10

Г) 1

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

- Б) поликлинику
- В) диагностический центр
- Г) туберкулезный диспансер

ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

- А) до передачи во взрослую поликлинику
- Б) 10 лет
- В) 5 лет
- Г) 3 года

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

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

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО

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

- Б) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья
- В) снижению острой заболеваемости
- Г) снижению детской смертности

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ

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

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРОВОДИТСЯ

- А) до перевода ребенка под наблюдение взрослой поликлиники
- Б) в течение 5 лет
- В) в течение 3 лет
- Г) в течение одного года

РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КРОМЕ ВРАЧА- ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

- А) неврологом
- Б) фтизиатром

В) инфекционистом

Г) хирургом

ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ

А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники

Б) в течение 5 лет

В) в течение 3 лет

Г) в течение 1 года

ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

А) ультразвукового исследования почек 1 раз в 6 месяцев

Б) рентгенографии органов грудной клетки

В) общего анализа крови 1 раз в 2 недели

Г) гормонального анализа крови

ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ А) 4 раза в год

Б) 1 раз в месяц

В) 6 раз в год

Г) 2 раза в год

В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВХОДИТ

А) анализ кала на скрытую кровь

Б) определение общего белка и белковых фракций

В) общий анализ мочи

Г) клинический анализ крови

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

А) 6

Б) 12

В) 3

Г) 1

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

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

А) 5

Б) 2

В) 9

Г) 8

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

Б) еженедельно

В) 1 раз

Г) ежедневно

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

А) 2 раза в год Б) 2 раза в 6 месяцев

В) ежемесячно

Г) 1 раз в год

ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ

А) 2 раза в год

Б) 1 раз в месяц

В) 1 раз в год

Г) 4 раза в год

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

А) 5

Б) 10

В) 1

Г) 2

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

А) кардиохирурга

Б) педиатра

В) кардиолога

Г) ревматолога

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

А) 2 раза в год

Б) 1 раз в год

В) 1 раз в месяц

Г) 4 раза в год

ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ

А) 1 раз в месяц

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в квартал

ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ

А) мониторинг артериального давления

Б) общий анализ крови

В) общий анализ мочи

Г) ФЭГДС

БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

А) хронической ревматической болезнью сердца

Б) вегетативной дисфункцией

В) заболеваниями соединительной ткани

Г) гломерулонефритом

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

А) 1

Б) 3

В) 12

Г) 6

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ А) посевы мочи

Б) общий анализ крови

В) биохимический анализ крови

Г) посевы крови

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА

ОЦЕНИВАЮТ А) 2 раза в год

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в месяц

Г) 1 раз в месяц

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ

А) 2 раза в год

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в месяц

Г) 1 раз в месяц

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

А) 7

Б) 10

В) 5

Г) 14

ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ

А) 1 раз в год

Б) 2 раза в год

В) 1 раз в полгода

Г) 1 раз в 2 года

ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПРОВОДЯТ

А) 1 раз в год

Б) 2 раза в год

В) 1 раз в полгода

Г) 1 раз в 2 года

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ А) 2 лет

Б) 1 года

В) 5 лет

Г) 4 лет

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

- А) 1
- Б) 12
- В) 6
- Г) 4

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

- А) 3
- Б) 4
- В) 1
- Г) 6

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

- А) 12
- Б) 3
- В) 6
- Г) 24

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

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

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ РН-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА

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

ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ

ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 3
- Б) 1
- В) 6
- Г) 12

ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД

ПОСЛЕ

ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 6
- Б) 3
- В) 1
- Г) 12

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

- А) 3 месяца
- Б) год
- В) 6 месяцев
- Г) 1 месяц

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

- А) 1
- Б) 3
- В) 24
- Г) 6

ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА

ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 3
- Б) 1
- В) 6
- Г) 12

ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА

ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А) 6
- Б) 3
- В) 1
- Г) 12

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ

А) до 18 лет

Б) 1 год

В) 5 лет

Г) 3 года

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

А) 2 недели

Б) месяц

В) 2 месяца

Г) 3 месяца

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

А) месяц

Б) 2 месяца

В) 3 месяца

Г) 2 недели

КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ
ЯВЛЯЕТСЯ

А) выздоровление или достижение стойкой ремиссии заболевания

Б) противорецидивное лечение

В) контроль функций пораженных органов и систем

Г) статистическая отчетность

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

А) несовершеннолетних, страдающих хроническими
неинфекционными заболеваниями Б) совершеннолетних, страдающих
хроническими инфекционными заболеваниями

В) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих
хроническими инфекционными заболеваниями

Г) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих острыми
инфекционными заболеваниями

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А) врач-педиатр участковый или врач общей практики (семейный врач)

Б) статистик лечебно-профилактического учреждения

В) экономист лечебно-профилактического учреждения

Г) врач-логопед

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

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

ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

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

А) отделение организации медицинской помощи в образовательных учреждениях Б) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения

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

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

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

Г) врачу-ортопеду

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

А) контроль деятельности страховой компании

Б) преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений

В) передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями

Г) контакт с заведующими педиатрическими участками

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

А) контроль деятельности страховой компании

Б) составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья

В) составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями

Г) составление списков детей и подростков, требующих дообследования

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

А) передачу списочного состава детей

Б) организацию и проведение спортивных мероприятий

В) участие в образовательном процессе школы

Г) организацию и участие в профориентационной работе школы

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

А) закупку медицинских препаратов

Б) составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией В) рекомендации преподавателю в «листке здоровья» и защита интересов больного ребенка

Г) медицинское сопровождение детей с хронической патологией в

детских образовательных учреждениях

ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА
ВКЛЮЧАЕТ

- А) оценку состояния ребенка
- Б) расчет стоимости клинического обследования
- В) расчет стоимости медицинских препаратов
- Г) расчет стоимости медицинских услуг

К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

- А) уменьшение числа обострений хронических заболеваний
- Б) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком

- В) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
- Г) увеличение числа обострений хронических заболеваний

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение удельного веса выздоровевших детей
- Б) повышение рождаемости доношенных детей
- В) снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов

- Г) снижение стоимости медицинских препаратов

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СНЯТИИ РЕБЁНКА С ДИСПАНСЕРНОГО
УЧЕТА ИЛИ

ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) комиссионно
- Б) врачом-педиатром участковым
- В) родителями самостоятельно
- Г) главным врачом детской поликлиники

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ
ЯВЛЯЕТСЯ

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

- В) пожелание родственников ребенка
- Г) пожелание законных представителей ребенка

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

- А) эпикриз

- Б) история болезни
- В) статистический талон
- Г) форма № 112/у

ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ

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

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ

- А) время нахождения на диспансерном учете
- Б) доход родителей ежемесячно
- В) табель успеваемости в школе
- Г) количество несовершеннолетних детей в семье

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ

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

К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

- А) медицинскую
- Б) комплексную
- В) парциальную
- Г) периодическую

К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

- А) трудовую
- Б) комплексную
- В) парциальную
- Г) периодическую

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

А) восстановление компенсации функциональных возможностей организма

- Б) существенное повышение функциональных возможностей организма
- В) снижение функциональных возможностей организма
- Г) некоторое уменьшение функциональных возможностей организма

В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

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

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

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

РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

А) санировать очаги инфекции Б) приобрести путевку

В) посетить врача-логопеда

Г) проконсультироваться у врача-психолога

РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

А) клинико-лабораторное обследование

Б) лечение в стационаре

В) приобрести путевку

Г) проконсультироваться у врача-психолога

ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ ДОКУМЕНТЫ

А) санаторно-курортную карту

Б) справку с места жительства

В) этапный эпикриз

Г) историю болезни

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ

ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

А) повышение уровня медицинских знаний

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

Г) получение высшего медицинского образования

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

А) организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний

Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов

В) оказание самостоятельной медицинской помощи

Г) получение среднего медицинского образования родителями детей

ОБЩИМ ПРИНЦИПОМ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) создание партнерства «врач-пациент-родители»

Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов В)

оказание самостоятельной медицинской помощи

Г) получение среднего медицинского образования родителями детей

К МЕТОДАМ РАБОТЫ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

А) мониторинг в амбулаторных условиях

Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов

В) обучение родителей в общеобразовательных школах

Г) получение среднего медицинского образования родителями детей

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ СОСТОИТ В

А) снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания Б) получении среднего медицинского образования родителями детей; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации

В) усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации

Г) расширении диеты; формировании мотивации здорового образа жизни, развитии личности, способной к самореализации

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

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

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

А) врача-педиатра участкового

Б) старшего врача-педиатра детской поликлиники

В) заведующего детской поликлиникой

Г) главного врача ЛПУ

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ

А) справка о материальном обеспечении

Б) путевка в санаторий

В) выписка из истории развития ребенка

Г) справка об отсутствии педикулеза и контакта с инфекционными больными

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

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

В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ШКОЛЬНИК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В А) специальной группе (подгруппа Б)

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

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

- А) 6 Б) 3
- В) 9 Г) 12

К ПРИРОДНЫМ ФАКТОРАМ КУРОРТОВ ОТНОСЯТ

- А) минеральные воды, грязи
- Б) атмосферное давление
- В) циркуляцию и влажность воздуха
- Г) количество осадков

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.) А) 12

- Б) 3
- В) 6
- Г) 1

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ

- А) лечебную физкультуру (ЛФК)
- Б) постановку кожных аллергических проб В) плавание
- Г) занятия в основной группе по физической культуре

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

- А) 1-2 Б) 12
- В) 3-6
- Г) 4

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ ДВА

РАЗА В (МЕС.) А) 12

Б) 1

В) 6

Г) 3

КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ

А) 2 раза в год

Б) 1 раз в год

В) 1 раз в квартал Г) 1 раз в месяц КРАТНОСТЬ ПРИЕМА ПИЩИ, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ В ДЕНЬ

А) 4 раза

Б) 3 раза

В) 5 раз

Г) более 5 раз

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

А) 1 раз в 3 месяца

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в месяц

БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ СНЯТ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧЕРЕЗ (ГОД) А) 5

Б) 2

В) 3

Г) 4

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

1 РАЗ В А) 6 месяцев

Б) месяц

В) 3 месяца

Г) неделю

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЯМ УСТАНАВЛИВАЕТ И УТВЕРЖДАЕТ

А) комиссия бюро медико-социальной экспертизы

Б) клиничко-экспертная комиссия

В) военно-медицинская комиссия

Г) главный врач поликлиники

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) физическое развитие ребенка

Б) биологический возраст

В) функциональные изменения на ЭКГ

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие заболевания, его тяжесть и характер течения

Б) биологический возраст

В) наличие функциональных изменений на ЭКГ

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) функциональное состояние сердечно-сосудистой системы

Б) биологический возраст

В) индекс здоровья

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) уровень физической подготовленности

Б) биологический возраст

В) функциональные изменения на ЭКГ

Г) индекс здоровья

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

А) дозирования физической нагрузки

Б) определения успеваемости детей

В) подсчета индекса здоровья

Г) расчета показателя общей заболеваемости

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

А) основной

Б) подготовительной

В) специальной А

Г) специальной Б

ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ СДАЧИ НОРМАТИВОВ И ТЕСТОВ
ЗАНИМАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ/ МЕДИЦИНСКИХ
ГРУППАХ А) в подготовительной и специальной

Б) в подготовительной и основной

В) в основной и специальной

Г) только в специальной А

ДЛЯ УЧАСТИЯ В СОРЕВНОВАНИЯХ ОТБИРАЮТСЯ ДЕТИ ИЗ
МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

А) основной

Б) подготовительной

В) специальной А

Г) специальной Б

ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПРОВОДЯТ

А) 3 раза в неделю по 30 минут вне сетки расписания

Б) 2 раза в неделю по 50 минут вне сетки расписания

В) 1 раза в неделю по 45 минут по расписанию

Г) 2 раза в неделю по 15 минут

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ
СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

А) течению основного заболевания

Б) качеству выполнения скоростно-силовых тестов

В) выполнению пробы Штанге

Г) посещаемости занятий

УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ИМЕЕТ

А) 4-частную структуру

Б) 3-частную структуру

В) структуру по усмотрению учителя физкультуры

Г) 2-частную структуру

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

А) подготовительной

Б) основной

В) специальной А

Г) специальной Б

**Перечень оценочных средств для проведения рубежного контроля
по теме: «Экспертиза временной нетрудоспособности. Медико-**

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

А) данные биопсии печени Б) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17- гидроксипрогестерона)

В) рентгенограмму кисти (определение «костного возраста») Г) суточное мониторирование ритма и артериального давления **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЁНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ**

А) медико-социальной экспертизы Б) общеобразовательных учреждений В) комиссии по делам несовершеннолетних Г) центров социального обслуживания населения **К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ**

А) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

Б) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

В) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

Г) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ А) самостоятельной ориентации, общения, самообслуживания и передвижения Б) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием

В) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием

Г) самостоятельного освоения иностранных языков

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

А) самостоятельной трудовой деятельности и обучению Б) самостоятельным занятиям профессиональным спортом и образованием В) самостоятельным занятиям профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием

Г) самостоятельному освоению иностранных языков **ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ИНВАЛИДА РЕБЁНОК НАПРАВЛЯЕТСЯ В СЛУЖБУ МСЭ ИЗ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С**

А) ф. № 088/у-06 Б) страховым полисом

В) рекомендациями социального работника

Г) рекомендациями школьного врача СЛУЖБА МСЭ ВЫДАЁТ РЕБЁНКУ-ИНВАЛИДУ А) ИПРА инвалида

Б) выписной эпикриз

В) направление на госпитализацию Г) рекомендации школьному врачу КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД

А) от 1 года до 5 лет

Б) от 10 лет до 18 лет

В) от 10 лет до 16 лет

Г) от 1 месяца до 6 месяцев

РЕБЕНОК-ИНВАЛИД С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА

А) не снимается

Б) снимается врачом-педиатром

В) снимается на время

Г) снимается по желанию родителей

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД

А) 1-2 года

Б) от 6 месяцев до 5 лет

В) 3-4 года

Г) 20 лет и более

ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А) медицинской организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь Б) правоохранительными органами

В) образовательным учреждением

Г) благотворительными организациями

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НАПРАВЛЯЕТ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКОСОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А) после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

Б) без проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

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

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

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЛИБО ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТКАЗАЛИ ГРАЖДАНИНУ В

НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКОСОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

- А) имеет право обратиться в бюро самостоятельно
- Б) не имеет право обратиться в бюро самостоятельно
- В) имеет право обратиться в бюро по направлению участкового врача
- Г) имеет право обратиться в бюро по направлению главного врача

ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДАЕТСЯ

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

ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

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

К ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПРОГРАММАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛНОЦЕННЫЙ ДОСТУП ИНВАЛИДА К ТРАНСПОРТУ, ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗИ,

ОБЪЕКТАМ, УСЛУГАМ, ОТНОСЯТ ПРОЕКТ

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

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА И ПЕРЕДАЮТСЯ ИНВАЛИДАМ В А) безвозмездное пользование

- Б) возмездное пользование
- В) возмездное пользование на усмотрение гражданина

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

- А) выраженные нарушения функций организма 70 до 80 процентов
- Б) незначительные нарушения функций организма 10 до 30 процентов
- В) умеренные нарушения функций организма 40 до 60 процентов
- Г) значительно выраженные нарушения функций организма 90 до 100 процентов

К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

ЧЕЛОВЕКА - НАРУШЕНИЯМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ - ОТНОСЯТ

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

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

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

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

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

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЁ ПОВЕДЕНИЕ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и моральноэтических норм

Б) осуществлять основные физиологические потребности

В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности Г) к выполнению повседневной бытовой деятельности

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

А) формирование отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности

Б) полное или частичное восстановление способности инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности

В) способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации

Г) способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность

ЭТАП СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИЛИ РЕИНТЕГРАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

А) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции

Б) педагогические, психологические, социальные мероприятия

В) медицинскую реабилитацию

Г) технические, профессиональные мероприятия

ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

А) медицинскую реабилитацию

Б) педагогические, психологические мероприятия

В) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции

Г) технические, профессиональные социальные мероприятия

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

А) разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида

Б) организация обеспечения и финансирование за счет средств федерального бюджета

В) консультирование по подбору технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения

Г) предоставление технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ
ИСКЛЮЧАЕТ

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

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

МУКОВИСЦИДОЗОМ ИСКЛЮЧАЮТ

- А) психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства реабилитации
- Б) восстановительную терапию: диету с увеличением калорий в рационе до 120- 150%, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, лечебную физкультуру
- В) реконструктивную хирургию: трансплантацию легкого (по показаниям)
- Г) санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний

К НЕОБХОДИМЫМ ДАННЫМ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ

«АПЛАЗИЯ (АГЕНЕЗИЯ) ПОЧКИ ВРОЖДЕННАЯ» ОТНОСЯТ
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ)

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

ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ
ЭКСПЕРТИЗУ

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

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

- А) пикфлоуметрия
- Б) бактериологический посев кала

- В) рентгенограмма кисти
- Г) ультразвуковое исследование почек

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОВОДЯТСЯ

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

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

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

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

- А) инвалид в возрасте до 18
- Б) инвалид в возрасте лишь до 14
- В) от 5 до 7
- Г) от 7 до 10

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО
ЗАКЛЮЧЕНИЯ

НА РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО
УЧИТЫВАТЬ

- А) нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма
- Б) хронические заболевания
- В) врожденные пороки
- Г) оперативные вмешательства (например, на сердце)

КАТЕГОРИЯ «РЕБЁНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ
УСТАНАВЛИВАТЬСЯ

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

Г) только до достижения гражданином возраста 18 лет
ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ
МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТЕРМИН

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

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЕТ

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

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИСКЛЮЧАЕТ

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

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

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

ПРИЗНАНИЕ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

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

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

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

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ИСКЛЮЧАЕТ

А) технические средства реабилитации для профессионального обучения

Б) дошкольное воспитание и обучение

В) психолого-педагогическую коррекционную работу

Г) технические средства реабилитации для обучения

КРИТЕРИЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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

К КРИТЕРИЯМ ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

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

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

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

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

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

А) медикаментозное лечение Б) социальную реабилитацию

В) психокоррекцию и психопрофилактику

Г) психолого-педагогическую реабилитацию

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

- А) выбор вида и условий обучения
- Б) реконструктивную хирургию
- В) психокоррекцию
- Г) анализ мокроты на ВК

В СИСТЕМУ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ИНВАЛИДОВ ВКЛЮЧАЮТ МЕРОПРИЯТИЯ

- А) медицинские
- Б) юридические
- В) диагностические, юридические
- Г) диагностические, экономические

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
УСТАНОВЛЕНИЯ

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

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА
ПЕРИОД ДО (ГОД) А) 18

- Б) 10
- В) 16
- Г) 15

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ
НА ДОМУ, ЕСЛИ

А) гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации

- Б) отсутствуют транспортные средства у родителей ребенка-инвалида
- В) желают родители несовершеннолетнего ребенка
- Г) желает представитель несовершеннолетнего ребенка

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ПО
ЗАЯВЛЕНИЮ

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

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

- А) новое направление на медико-социальную экспертизу

Б) выписной эпикриз

В) этапный эпикриз

Г) история болезни

ГРУППЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЮТ

А) адаптивный спорт

Б) восстановительную терапию

В) реконструктивную хирургию

Г) санаторно-курортное лечение

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

А) федерального бюджета

Б) внебюджетных источников

В) добровольных пожертвований граждан

Г) благотворительных фондов

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

А) соблюдение международных стандартов прав инвалидов

Б) формирование общественного мнения по соблюдению прав
инвалидов

В) пропаганду международных стандартов прав инвалидов

Г) пропаганду здорового образа жизни населения

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

А) от 10 до 30 Б) от 40 до 60

В) от 30 до 60

Г) от 20 до 50

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

А) от 40 до 60 Б) от 10 до 30

В) от 40 до 80

Г) от 50 до 70

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

А) от 90 до 100

Б) от 70 до 80

В) от 40 до 60

Г) от 50 до 90

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

А) амнезию Б) заикание

В) афазию

Г) дислалию

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» ОТНОСИТСЯ
СПОСОБНОСТЬ

А) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

Б) реализовывать собственное самообслуживание

В) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм

Г) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями,
навыками

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ»
ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А) самостоятельно перемещаться в пространстве

Б) реализовывать собственное самообслуживание

В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

Г) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями,
навыками

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А) устанавливать контакты между людьми

Б) реализовывать собственное самообслуживание

В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

Г) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

«СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А) организовывать деятельность по овладению знаниями

Б) устанавливать контакты между людьми

В) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм

Г) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

А) полное или частичное восстановление ранее имевшихся способностей

Б) формирование отсутствовавших ранее способностей

В) обучение установлению контактов между людьми

Г) обеспечение индивидуальным автомобилем

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИСКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ

А) медико-социальной реабилитации

Б) санитарно-гигиенического воспитания

В) диспансерных медицинских осмотров

Г) группового консультирования

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к зачету

1. Основные задачи деятельности детской поликлиники. Режим работы поликлиники. Роль фильтра. Организация и работа регистратуры. Участковый принцип организации медицинской помощи детям и подросткам (структура, численность и возраст детей, нормативная нагрузка участкового педиатра).

2. Организация и оборудование педиатрического кабинета, организация приёма детей и подростков. Медицинская документация на участке. Основные показатели деятельности участк. врача.

3. Кабинет здорового ребёнка. Оснащение, задачи, объём работы кабинета.

4. Правила выдачи больничных листков и других документов, освобождающих родителей от работы для ухода за ребенком.

5. Профессионально-должностные обязанности участкового педиатра и медицинской сестры. Показатели, характеризующие деятельность детской поликлиники. Показатели, характеризующие деятельность врача на педиатрическом участке.

6. Профессионально-должностные обязанности врача в детских дошкольных и школьных учреждениях.

7. Задачи санитарно-просветительной работы. Формы проведения санитарнопросветительной работы. Социально-правовая помощь.

8. Критерии здоровья, их распределение по удельному весу для

установки группы здоровья. Комплексная оценка уровня здоровья детей. Распределение детей по группам здоровья. Принципы унифицированного отражения комплексной оценки состояния здоровья и развития детей в уч.ф. 112.

9. Определение понятия диспансеризации. Социально-гигиеническая сущность

диспансерного метода. Взаимосвязь участковой и специализированной служб поликлиники при проведении диспансеризации детского населения.

10. Система диспансерного наблюдения за здоровыми детьми: сроки осмотров педиатром и врачами-специалистами, лабораторные исследования. Показатели диспансеризации. Анализ эффективности диспансеризации.

11. Организация работы с беременными в детской поликлинике: дородовые патронажи, цели и задачи. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке.

12. Врачебный, сестринский патронаж, задачи, сроки проведения. Кормление и режим новорожденных после выписки из роддома. Профилактика гипогалактии. Оценка

«переходных» состояний у новорожденных.

13. Критерии здоровья новорожденных и определение групп направленного риска. Оценка социального анамнеза.

14. Принципы диспансеризации и реабилитации детей «групп риска» в условиях поликлиники. Диспансеризация и реабилитация детей «высокого риска» по патологии ЦНС.

15. Диспансеризация и реабилитация детей «высокого риска» по внутриутробному инфицированию и гнойно-септическим заболеваниям.

16. Диспансеризация и реабилитация детей с риском развития анемии, рахита, хронических расстройств питания.

17. Диспансеризация и реабилитация недоношенных детей в условиях поликлиники. Сроки наблюдения участковым педиатром, узкими специалистами, лабораторная диагностика. Выявление направленности «риска» нервно-психического развития недоношенных детей по: риску отставания физического и моторного развития, поражения ЦНС, порокам развития, гнойно-воспалительным заболеваниям и внутриутробным инфекциям, анемии, рахита у недоношенных детей, хроническим расстройствам питания.

18. Рекомендации по режиму дня, уходу, характеру вскармливания, закаливанию, массажу, гимнастике, воспитательным воздействиям у недоношенных детей. Особенности иммунопрофилактики у недоношенных детей.

19. Диспансеризация детей дошкольного возраста: здоровых и из групп риска. Питание детей старше года. Физиологическое значение гимнастики и массажа для детей раннего возраста. Плавание. Значение специальных упражнений и массажа для профилактики некоторых заболеваний у детей раннего возраста.

20. Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в школу и в период адаптации в школе. Формирование психофункциональной готовности детей к поступлению в школу.

21. Гигиенические принципы обучения и воспитания детей школьного возраста. Питание детей, физическое воспитание и медицинский контроль в школах, детских домах и школах-интернатах.

22. Медицинское обслуживание учащихся общеобразовательных и специальных школ. Организация ежегодных профилактических осмотров детей в образовательных учреждениях и диспансеризация детей с хронической патологией.

23. Профилактика «школьных» заболеваний и травматизма у детей школьного возраста.

Роль междисциплинарной интеграции медицинских и педагогических работников в формировании здоровья детей.

24. Особенности медицинского обеспечения учащихся в условиях повышенных учебных нагрузок.

25. Особенности работы врача-педиатра с подростками. Половое развитие и оценка половой зрелости подростков. Позднее половое созревание.

26. Социализация подростков. Психосоматические нарушения. Особенности диагностики и лечения острых и хронических заболеваний у подростков.

27. Междисциплинарный подход к коррекции психосоматических нарушений у школьников, профилактика и лечение наркоманий, токсикоманий, алкоголизма.

28. Психосоциальная адаптация подростков.

29. Актуальность проблемы иммунизации детского населения. Национальный календарь профилактических прививок. Структура прививочной централизованной картотеки. Прививочная документация. Вакцинация на дому.

30. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям. Организация прививочной работы. Организация работы прививочного кабинета. Поствакцинальные осложнения: регистрация, учёт и оповещение.

31. Часто и длительно болеющие дети, причины, тактика ведения в условиях педиатрического участка. Современные методы диагностики и

лечения первичных иммунодефицитов, особенности течения инфекционных заболеваний при данной патологии.

32. Лечебная тактика и алгоритмы ведения больных с муковисцидозом, бронхоэктатической болезнью, синдромом цилиарной дискинезии, кистозом легкого в амбулаторнополиклинических условиях. Показания к назначению антибактериальной терапии при данных нозологиях.

33. Стационарзамещающие технологии. Организация стационара на дому. Лечебная тактика и алгоритмы ведения больных с острым бронхитом, обструктивным бронхитом, бронхиолитом, рецидивирующим и хроническим бронхитом, типичными и атипичными формами пневмонии в амбулаторно-поликлинических условиях. Показания к назначению антибактериальной терапии при данных нозологиях.

34. Профилактика заболеваний эндокринной системы. Санаторно-курортное лечение. Показания к оформлению инвалидности у детей с эндокринологической патологией. Иммунопрофилактика при заболеваниях эндокринной системы.

35. Реабилитация и диспансеризация больных с пневмонией на педиатрическом участке.

36. Стационар на дому для инфекционного больного. Организация наблюдения, противоэпидемические мероприятия в очаге. Обследование больных и контактных.

37. Организация наблюдения детей с ОРВИ на педиатрическом участке, показания для госпитализации. Симптоматическая терапия, протокол лечения ОРВИ.

38. Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями. Контингенты больных детей, подлежащих диспансерному наблюдению.

39. Организация наблюдения и лечения детей с бронхитами на педиатрическом участке. Острые бронхиты у детей. Этиология, классификация, диагностические критерии.

40. Учетная форма № 30. Лечебные и профилактические мероприятия в диспансерных группах.

41. Диспансеризация и реабилитация детей с эндокринными нарушениями и заболеваниями щитовидной железы, ожирением, сахарным диабетом, начиная с ранних сроков выявленной патологии для предотвращения развития тяжелых форм болезни и инвалидизации больного. Селективный скрининг и диагностика эндокринных нарушений и заболеваний у детей.

42. Организация работы поликлиники с детьми-инвалидами. Работа

МСЭК.

43. Организация лечебно-профилактической помощи в условиях поликлиники детям с патологией органов дыхания (рецидивирующий бронхит, хроническая неспецифическая пневмония, муковисцидоз, БЛД, бронхиальная астма и др.). Реабилитационные мероприятия и принципы диспансеризации. Санаторно-курортное лечение.

44. Иммунодефициты, алгоритмы диагностики, особенности наиболее распространенных вариантов первичных иммунодефицитов. Тактика ведения больных с первичными иммунодефицитами, принципы диспансерного наблюдения. Методы профилактики и

способы реабилитации больных с нарушением иммунитета.

45. Тактика ведения, реабилитация и фармакотерапия больных с основными заболеваниями системы крови и кроветворных органов в амбулаторно-поликлинических условиях.

Принципы диспансерного наблюдения за гематологическими больными, критерии обострения и ремиссии заболевания. Показания и противопоказания к вакцинопрофилактике.

46. Особенности диспансеризации и реабилитации детей с патологией сердечно-сосудистой системы: различных врожденных аномалий развития и приобретенных пороков сердца, ревматизма, кардитов, заболеваний соединительной ткани, пролапса митрального клапана.

47. Методы реабилитации детей с патологией пищеварительного тракта в условиях поликлиники. Санаторно-курортное лечение.

48. Показания к оформлению инвалидности у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и соединительной ткани. Санаторно-курортное лечение.

49. Этапное лечение, лечение интеркуррентных заболеваний у детей, страдающих хроническими заболеваниями.

50. Диспансерное наблюдение за детьми с патологией желудочно-кишечного тракта в условиях поликлиники (воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит), а также заболевания кишечника, сопровождающиеся синдромом мальабсорбции: лактазная недостаточность, целиакия, муковисцидоз).

51. Диспансеризация и реабилитация детей с сердечно-сосудистой патологией: ревматизмом, миокардитами, пороками развития сердца, заболеваниями соединительной ткани, пролапсом митрального клапана. Иммунопрофилактика, профориентация. Снятие с учета.

52. Санаторно-курортный отбор. Показатели, характеризующие эффективность диспансеризации.

53. Перинатальная неврология, наследственные заболевания нервной системы, инфекционные заболевания нервной системы, опухоли нервной системы, травмы нервной системы, эпилепсия, тики, поведенческая неврология. Основные принципы диагностики и оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе.

54. Диспансеризация, вакцинопрофилактика, лечение и реабилитация детей с врожденными и наследственными нефропатиями, нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, мочевой инфекцией, обменными заболеваниями почек, нефритами и начальными проявлениями хронической почечной недостаточности в условиях детской поликлиники. Современные особенности течения заболеваний органов мочевой системы. Массовый и селективный скрининг – методы и алгоритм выявления нефропатий. Санаторно-курортное лечение.

55. Организация и проведение диспансеризации детей, перенесших кишечные инфекции. Порядок взятия на учёт, заполнение учётной формы 030/у, сроки осмотров, лабораторный контроль, длительность наблюдения, правила выписки в детский коллектив, снятия с учёта.

56. Критерии выделения ребенка в группу часто и длительно болеющих детей, методы лечения и профилактики острых и хронических заболеваний органов дыхания у данной группы пациентов. Особенности проведения вакцинации у часто и длительно болеющих детей.

57. Особенности работы участкового педиатра по организации наблюдения на дому за детьми с инфекционными заболеваниями. Регистрация инфекционных больных. Экстренное извещение. Показания к госпитализации. Оформление направления в инфекционный стационар.

58. Диспансерное наблюдение за детьми с патологией желудочно-кишечного тракта в условиях поликлиники (эзофагиты и гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, хр. гастрит и гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, дискинезии желчевыводящих путей, хр. холецистит и желчнокаменная болезнь, панкреатиты и панкреатопатии).

59. Особенности ведения медицинской документации (ф. 112/у, экстренного извещения) больного кишечной инфекцией.

60. Организация наблюдения, лечения больного с пневмонией на педиатрическом участке, показания для госпитализации. Пневмония у детей. Стандарты диагностики и лечения больного с острой пневмонией.

61. Оказание неотложной помощи при эпилептическом статусе.

62. Неотложные мероприятия при анафилактическом шоке. Клинические формы.

63. Неотложная медицинская помощь при гипогликемической коме.

Дифференциальный диагноз с гипергликемической комой.

64. Стенозирующий ларинготрахеит. Классификация клинических вариантов. Алгоритм неотложной помощи. Показания для госпитализации.

65. Ошибки при оказании неотложной помощи детям (тактические, деонтологические).

66. Неотложная помощь при астматическом статусе. Алгоритм оказания неотложной помощи.

67. Функциональные обязанности врача неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе (содержание «сумки» врача неотложной помощи, предтранспортировка подготовка).

68. Неотложная медицинская помощь при гипергликемической коме.

69. Синдром обструкции верхних дыхательных путей. Клинические варианты,

дифференциальный диагноз.

70. Содержание базовой сердечно-легочной реанимации.

71. Причины коматозных состояний у детей. Дифференциальный диагноз ком. Последовательность осмотра ребенка с нарушением функции ЦНС.

72. Основные принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при отравлении у детей.

73. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при острых аллергических реакциях немедленного типа (крапивница, отек Квинке, синдром Лайелла).

74. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при судорогах на фоне нейроинфекций (менингит, менингококцемия). Дифференциальный диагноз. Предтранспортировка подготовка.

75. Оценка уровня сознания. Основные причины расстройства сознания у детей. Последовательность осмотра ребенка при отсутствии сознания.

76. Эпиглоттит. Клинические признаки. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Условия транспорта, показания для госпитализации.

77. Инородное тело верхних дыхательных путей. Алгоритм оказания неотложной помощи.

78. Синдром обструкции верхних дыхательных путей. Дифференциальный диагноз стеноза верхних дыхательных путей с другими патологическими состояниями (аллергический отек гортани, эпиглоттит, инородное тело, ларингоспазм, дифтерия гортани).

79. Клинические варианты лихорадки. Неотложная помощь. Показания для госпитализации.

80. Характеристика угрожающих состояний у детей. Определение

показаний для

госпитализации. Предтранспортировка.

81. Фебрильные судороги. Неотложная помощь.

82. Терминальные состояния. Методы восстановления дыхательной, сердечной деятельности (экспираторная вентиляция, закрытый массаж сердца).

83. Острая дыхательная недостаточность. Виды острой дыхательной недостаточности.

84. Организация неотложной помощи детям на догоспитальном этапе.

85. Дифференциальный диагноз при судорожном синдроме.

Гипокальциемические

судороги.

86. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при приступе бронхиальной астмы различной степени тяжести. Показания для госпитализации.

87. Методика проведения небулайзерной терапии. Характеристика препаратов, применяемых при приступе бронхиальной астмы.

88. Бронхиальная астма. Дифференциальный диагноз легкой, средней и тяжелой формы приступа.

89. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме. Дифференциальный диагноз.

90. Синдром обструкции нижних дыхательных путей (обструктивный бронхит, бронхиолит). Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания для назначения ГКС

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Процедура проведения и оценивания зачета с оценкой

Зачет с оценкой проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Билет содержит три вопроса (II).

Критерии выставления оценок (III):

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей

программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

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

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

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

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 2 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.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его

взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

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

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

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

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- 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.

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- 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.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- 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

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 недостаточно 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.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную

			рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

6.1 Учебные издания:

1. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбульский Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-1741-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417416.html>

2. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс] : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-2648-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html>

3. Поликлиническая педиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.С. Калмыковой - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-1954-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419540.html>

4. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-3047-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430477.html>

5. Педиатрия: сборник тестовых заданий по педиатрии для студентов лечебного факультета : учебно-методическое пособие в 2 частях / Т.Н. Углева, Н.В. Трегуб. - Ч. I. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2405.html>

6.2 Методические и периодические издания:

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов. Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>
2. Журнал «Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского». Режим доступа: <http://elibrary.ru>
3. Медицинская газета. Режим доступа: <http://www.mgzt.ru/>

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
2. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
3. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru>.
4. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>.

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2 Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://ebiblioteka.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>

6. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить

вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время

при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отнесенном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- развитие интеллектуальных умений у будущих юристов;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение

основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

Раздел 11. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования и технических средств обучения	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p>Кабинет для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Перечень основного оборудования: учебные столы, учебные стулья, шкаф, учебная доска, стол преподавателя, стул преподавателя, учебные плакаты, персональный компьютер, проектор, экран, манекен ребенка, медицинские инструменты.</p>	367000, Республика Дагестан, город Махачкала, проспект Амет-хана Султана, 10 км, 2 этаж, кабинет № 23, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2.	<p>Кабинет для самостоятельной работы обучающихся, оснащенный компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	367000, Республика Дагестан, город Махачкала, проспект Амет-хана Султана, 10 км, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	<p>Кабинет педиатра (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Стетофонендоскоп CS Medica-417, Тонومتر с манжетой для детей до года CS Medica-105 механический, Термометр медицинский, отоскоп, неврологический молоточек, Компьютер, Медицинская кушетка, регулируемая по высоте, Весы электронные для детей до 1 года, Ростомер, Угломер, Секундомер</p>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, кабинет педиатра №5, 1 этаж
4.	<p>Кабинет Педиатр- поликлиника при ДРКБ (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Стетофонендоскоп CS Medica-417, Тонومتر с манжетой для детей до года CS Medica-105 механический, Термометр медицинский отоскоп, неврологический молоточек, Компьютер, Медицинская кушетка, регулируемая по высоте, Весы электронные для детей до 1 года, Ростомер, Угломер, Секундомер</p>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, кабинет № 3-Педиатр, поликлиника при ДРКБ, 1 этаж
5.	<p>Участковый педиатр- Детская поликлиника (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: <u>Стол манипуляционный СИ-2Н двухполочный "Салве"</u> Неврологический молоточек, Отоскоп, тонометр, Электротермометр, Сантиметровая лента, Фонарик, Электронные весы, Ростомер</p>	367018, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева 55, корпус А, участковый педиатр, №6-Детская поликлиника №4, 1 этаж
6.	<p>Кабинет экстренной помощи (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Набор для оказания неотложной помощи, Измеритель пиковой скорости выдоха (пикфлоуметр), Компьютер, Медицинская кушетка, регулируемая по высоте, Негатоскоп, Весы электронные для детей до 1 года, Ростомер, Емкость для сбора колюще-режущих отходов ЕСО-01 "Елат", Кушетка массажная с изменяющейся высотой, Диспенсер с</p>	Адрес: 367000, Республика Дагестан, город Махачкала, улица Ахмеда Магомедова, зд. 2А, кабинет экстренной помощи № 11, 1 этаж

	антисептическим мылом и антисептиком	
7.	Кабинет участкового педиатра- Детская поликлиника № 4 (для участия в осуществлении медицинской деятельности), оснащённое медицинской техникой и оборудованием: Неврологический молоточек, Отоскоп, тонометр, Электротермометр, Сантиметровая лента, Фонарик, Электронные весы, Ростомер, <u>Стол манипуляционный СИ-2Н двухполочный "Салве"</u>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева 55/А, кабинет участкового педиатра, №11- Детская поликлиника №4, 1 этаж