

**КМ-Пд**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального  
координационного учебно-методического  
совета от « 28 » декабря 2021 г. № 3

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине «Педиатрия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по  
направлению подготовки 3.1. Клиническая медицина  
по специальности 3.1.21. Педиатрия,  
утвержденной 28.03.2022 г.

для аспирантов \_\_\_\_\_ 1, 2, 3 курса \_\_\_\_\_

по специальности \_\_\_\_\_ 3.1.21. Педиатрия \_\_\_\_\_

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от « 20 » декабря 2021 г. (протокол № 5 )

Заведующий кафедрой детских болезней №3,

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_  Касохов Т.Б.

г. Владикавказ, 2022 г.

## **СТРУКТУРА ФОС**

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
  - перечень вопросов по практическим навыкам
  - ситуационные задачи
  - перечень вопросов к зачету/экзамену

## ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПЕДИАТРИИ

| №П/П              | Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины | Наименование оценочного средства |
|-------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1                 | 2                                                      | 3                                |
| Вид контроля      | Педиатрия                                              | БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С         |
| Зачет;<br>Экзамен | Педиатрия                                              |                                  |

## **Тестовые задания**

### **Выберите один правильный ответ**

1. Недоношенный ребенок – это ребенок, родившийся при сроке беременности
  - 1) менее 37 недель
  - 2) менее 38 недель
  - 3) 37 – 42 недель
  
2. Склонность детей первого полугодия к срыгиваниям обусловлена тем, что
  - 1) желудок расположен вертикально
  - 2) дно желудка лежит ниже антрально-пилорического сфинктера
  - 3) имеется высокий тонус кардиального сфинктера
  - 4) слабая запирательная функция нижнего пищеводного сфинктера
  - 5) высокий тонус пилорического отдела желудка
  - 6) тупой угол Гиса
  
3. Цель иммунологического обследования
  - 1) выявление нарушенного звена иммунной системы
  - 2) прогноз течения заболевания
  - 3) контроль за качеством лечения
  - 4) обоснование иммунокорригирующей терапии
  
1. Характерные признаки тетрады фалло
  - 1) отставание в физическом развитии
  - 2) цианоз
  - 3) одышно-цианотические приступы
  - 4) одышка
  - 5) кашель с пенистой мокротой
  
5. САМОЙ ДОЛГОЖИВУЩЕЙ КЛЕТКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) эритроцит
  - 2) нейтрофил
  - 3) тромбоцит
  - 4) эозинофил
  
6. В развитии язвенной болезни 12-ти перстной кишки важная роль отводится следующим возбудителям
  - 1) вирус гриппа
  - 2) клебсиелла
  - 3) хеликобактерии
  - 4) стафилококк
  - 5) синегнойная палочка
  
7. Объем мочевого пузыря у ребенка 3 месяцев
  - 1) 20-30 мл
  - 2) 100 мл
  - 3) 150 мл
  - 4) 7 мл

8. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯХ, КРОМЕ:

- 1) витаминотерапии
- 2) восстановления объема циркулирующей крови
- 3) коррекции кислотно—щелочного равновесия
- 4) оксигенотерапии
- 5) ликвидация дыхательной недостаточности

9. При астматическом статусе назначается:

- 1) внутривенное введение эуфиллина
- 2) оксигенотерапия
- 3) седативные препараты
- 4) все перечисленное
- 5) ингаляционные кортикостероиды

10. Первым признаком передозировки эуфиллина является:

- 1) падение артериального давления
- 2) головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
- 3) нарушение сердечного ритма
- 4) одышка
- 5) коллапс

### **Контрольные вопросы**

1. Рациональное вскармливание детей раннего возраста. Преимущества грудного вскармливания. Сроки и техника введения прикормов.
2. Термин «Физическое развитие»
3. Бронхит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.
4. Кардиопатии с нарушениями ритма (врожденная пароксизмальная тахикардия, миокардиты различной этиологии, токсическая кардиопатия, фиброэластоз). Значение ранней и повторной ЭКГ в диагностике нарушений ритма и контроля за эффективностью лечения.
5. Укажите основные функции системы гемостаза.
6. Факторы, приводящие к развитию рефлюкс-эзофагита.
7. Гломерулонефрит. Современные представления об этиопатогенезе заболевания.
8. Острый стенозирующий ларинготрахеит.

## Ситуационные задачи

### **Задача № 1**

Ребенок от 2-х срочных родов, массой тела 2800 гр. Во время беременности выявлена ФПН, в родах развилась острая гипоксия плода. Околоплодные воды – мекониальные. Родился с цианотичными кожными покровами, дыхание после первичного апноэ аритмичное, нерегулярное, ЧСС – 100 в мин., конечности в позе «лягушки», на введение катетера – слабая реакция.

*Вопросы:*

1. Оцените состояние по шкале Апгар.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Укажите тактику неонатолога при оказании первичной и реанимационной помощи в родильном зале.

### **Задача №2**

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой 6 месяцев. Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина - 53 см. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Агуша» 220 мл на прием, каша 180-200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом. При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 г, длина — 67 см, окружность грудной клетки - 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые оболочки чистые. Питание повышено. Большой родничок 1х1 см, не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

*Задание:*

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.
2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту? Вычислите и оцените индекс Эрисмана.
3. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

### **Задача №3**

Больная 18 лет обратилась с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель. Чаще всего возникает по ночам, рано утром, а также днем при выходе на холод в сырую погоду. Больна в течение полутора месяцев, когда после перенесенной пневмонии, неадекватно леченной антибиотиками, сохранился малопродуктивный кашель. Принимала средства от кашля и отхаркивающие препараты без существенного эффекта. Не курит, с детства страдает атопическим дерматитом.

При осмотре: в легких жесткое дыхание, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом исследовании легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. В анализе крови выявлена эозинофилия (8%), в

индуцированной мокроте выявлены скопления эозинофилов, бактериальная флора в умеренном количестве (представлена грамположительными кокками).

1. Наиболее вероятный диагноз?

#### **Задача №4**

Больной поступил в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, отдышку при физической нагрузке.

В возрасте 6 месяцев (случайно) при профилактическом осмотре впервые был выслушан систолический шум и заподозрен порок сердца.

Объективно: состояние средней тяжести, физическое развитие среднее. Ходит, держась за руку, масса тела 9100г. Кожа бледная, цианоза нет. Пульс 128 уд/мин, ритмичный, хорошо определяется на руках и на ногах. Грудная клетка не деформирована. Во II-III межреберье слева от грудины пальпируется систолическое дрожание. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тон II на легочной артерии не акцентуирован. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум с максимумом звучания во II межреберья слева. Число дыханий 32-38 в 1 минуту. Печень выступает из-под края дуги на 2 см.

На ЭКГ - отклонение ЭОС вправо (правограмма). Частичная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки перегрузки правого желудочка. На ФКГ в 2ЛС II тон расщеплен с уменьшением амплитуды пульмонального компонента. Высокочастотный систолический шум ромбовидной формы. Рентгенологическое исследование – легочный рисунок обеднен. Выбухает дуга легочного ствола, признаки умеренного увеличения правого желудочка.

1. Предварительный диагноз

#### **Задача №5**

Мальчик 6-ти лет поступил в стационар с жалобами на резкую слабость, тошноту, рвоты, боли в животе, возникшие на третий день заболевания ОРЗ, на фоне положительной динамики катаральных явлений.

В анамнезе: мать ребенка страдала анемией, по поводу которой перенесла спленэктомию в 14-летнем возрасте, с тех пор чувствует себя здоровой. У мальчика с 2-х лет периодически отмечалась анемия, не обследовался, не лечился. Рос и развивался по возрасту, получал прививки, болел не более 3-х раз в год, посещает д/сад.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый, капризный, температура 37,8. Кожа и слизистые оболочки бледные, желтушные. Желтушность склер. Отчетливы стигмы дизэмбриогенеза: седловидный нос, гипертелоризм, высокое нёбо, выступающие лобные бугры. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум, пульс 26 уд. в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, но болезненный в правом подреберье, печень +1,5см из-под реберной дуги, селезенка +5см, плотная. Менингеальные симптомы отрицательные. Со стороны других органов и систем при осмотре патологии не выявлено. Стул и моча обычного цвета.

В анализе крови - нормохромная, гиперрегенераторная анемия, микроцитоз, нейтрофилез, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, сфероцитоз.

1. Поставить предполагаемый диагноз.

2. Назначить план обследования.

### **Задача № 6**

Мальчик Коля 12 лет поступил в ДРКБ с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту. Боль усиливается после приема пищи через 2 часа, чаще после соленой пищи. Болен около 6 месяцев, лечение не проводилось.

Состояние ребенка при поступлении: кожные покровы бледные, отстают в массе тела. Со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность в эпигастральной области средней линии живота, реже в области левого подреберья. Печень, селезенка не увеличены. Склонность к запорам.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие следуют исключить заболевания?
3. Необходимые дополнительные исследования.
4. Лечебные мероприятия.

### **Задача №7**

Мальчик 12 лет, госпитализирован в эндокринологическое отделение с диагнозом сахарный диабет.

Из анамнеза: родился в срок от 1 беременности, беременность и роды протекали нормально. Рос и развивался нормально, редко болеет простудными заболеваниями, за месяц до поступления мама заметила, что мальчик стал часто мочиться. За 2 дня до поступления сдан анализ мочи, выявлено: сахар в моче 2,0

Объективно общее состояние средней тяжести, жалуется на общую слабость. Физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны легких и сердца данные без патологии. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, мочиться часто.

Анализ крови: Эр.  $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$ ; НЬ- 140 г/л; лейко- $6,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ; э-2%; п-1%, с/я-65%, лим-25%, мон-7%, СОЭ-12мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, креатинин - 70 мкмоль/л, мочевины -6,2мкмоль/л, сахар - 4г/л, Са - 2,1 мкмоль/л, Р - 1,8 мкмоль/л.

Анализ мочи : белка нет, лейкоциты-1-2-3 в п/з , в суточной моче сахар-3,0.

#### **Вопросы:**

- 1) Поставьте диагноз
- 2) Обоснуйте патогенетические механизмы глюкозурии
- 3) Какова тактика введения больного

### **Задача №8**

Ребенок, девочка 7 мес. (масса тела 6,7кг), больна 4-е сутки. Температура тела в пределах  $37,7 - 38,5^{\circ}\text{C}$ . Рвота 4-5 раз, жидкий стул с зеленью и слизью (типа «болотной тины»), в большом количестве с частотой от 13-17 раз, потеря массы тела за последние сутки составила 600 г.

При поступлении в стационар состоянии крайне тяжелое, сознание угнетено до сопора. Кожа сухая, серого цвета. Конечности холодные на ощупь. Большой родничок и глазные яблоки западают. В легких прослушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧД 52 в минуту. Тоны сердца глухие. Пульс слабый нитевидный, ЧСС 162 в минуту, ритм правильный, АД 50/20 мм.рт.ст. Живот вздут, метеоризм II степени. Олигурия - выделяется около 100 мл мочи за сутки. Анализ крови: Нт 0,48 л/л, Нб 136г/л, содержание натрия 108 ммоль/л, калия 3,1 ммоль/л, хлора 82 ммоль/л.

Задание:



Поставьте клинический диагноз и укажите степень, характер нарушений ВЭО и синдром, угрожающий жизни больной.

Каковы клинические критерии диагностики этого синдрома у больной?

Проведите расчет общего количества жидкости для регидратационной терапии, потребности в ионах калия, натрия, определите объем и состав растворов для ИТ.