

№ПЕД-21

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

Кафедра детских болезней №1

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного учебно-
методического совета «23» мая 2023 г. №5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по производственной практике **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ**

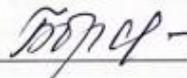
основной профессиональной образовательной программы высшего образования–программы
специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «16» мая 2023 г. (протокол № 10)

Заведующая кафедрой детских болезней №1,

д.м.н., профессор  Т.Т. Бораева

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к экзамену
 - банк ситуационных задач
 - банк практических заданий
 - банк деловых игр
 - эталоны тестовых заданий
 - экзаменационные билеты

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-
ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине Клиническая практика педиатрического профиля
для студентов 4 курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей программы дисциплины Клиническая практика педиатрического профиля 2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС ВО.

Оценочные материалы включают в себя тестовые задания, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр, экзаменационные билеты. Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Клиническая практика педиатрического профиля. Сложность заданий варьирует. Количество заданий по каждой теме дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопросов в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к экзамену составляет 40, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включают в себя 3 вопроса. Вопросы одного билета относятся к различным разделам программы, позволяют более полно охватить материал дисциплины. Сложность вопросов в билетах к экзамену распределена равномерно.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем контроле.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет. В целом, оценочные материалы по дисциплине Клиническая практика педиатрического профиля способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Клиническая практика педиатрического профиля могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации у студентов 4 курса педиатрического факультета.

Рецензент:
Заместитель главного врача по КЭР и ОМО
ГБУЗ РДКБ МЗ РСО-Алания
«18» мая 2023



А.А. Газданова

Паспорт оценочных материалов
по производственной практике Клиническая практика педиатрического профиля

| №п/п | Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля | Код формируемой компетенции (этапа) | Наименование оценочного средства |
|---------------------|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Вид контроля | Входной контроль знаний | | тестовые задания |
| Вид контроля | Текущий контроль успеваемости | | |
| 1 | Этико-деонтологические принципы работы. Организация работы детских лечебно-профилактических учреждений. | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |
| 2 | Функциональные обязанности врача | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |
| 3 | Первая медицинская помощь при неотложных состояниях: остановке сердца и дыхания | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |
| 4 | Заболевания органов дыхания | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| | | ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | деловых игр |
| 5 | Заболевания сердечно-сосудистой системы | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |
| 6 | Заболевания органов пищеварения | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |
| 7 | Заболевания мочевыделительной системы | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | тестовые задания, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр |
| Вид контроля | Промежуточная аттестация | | |
| 1 | Клиническая практика педиатрического профиля | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 | вопросы к экзамену, билеты к экзамену |

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Рахит у детей. Принципы терапии.
2. Классификация рахита.
3. Немедикаментозные методы лечения рахита.
4. Лабораторные исследования при гипервитаминозе Д.
5. Лечение гипервитаминоза Д.
6. Спазмофилия. Клинические формы, профилактика, лечение.
7. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Диагностика и лечение.
8. Диагностика гипотрофии I и II степени.
9. Диагностика гипотрофии III степени.
10. Экссудативно-катаральный диатез. Принципы терапии.
11. Нервно-артритический диатез. Клиника, лечение.
12. Лимфатико-гипопластический диатез. Клиника. Профилактика.
13. Аномалии конституции. Принципы лечения.
14. Железодефицитная анемия. Принципы диагностики.
15. Врожденный порок сердца у детей.
16. Каорктация аорты. Принципы лечения.
17. Бронхиты у детей. Классификация. Лечение.
18. Острый бронхолит у детей. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
19. Диагностика и лечение пневмонии у детей раннего возраста.
20. Бронхиальная астма у детей. Этиология, классификация.
21. Терапия приступа бронхиальной астмы у детей.
22. Неотложная помощь при статусе бронхиальной астмы.
23. Стадии крупозной пневмонии у детей.
24. Стафилококковая пневмония. Лечение. Осложнения.
25. Хроническая пневмония у детей, принципы лечения.
26. Гастриты у детей. Классификация и лечение.
27. Современные принципы диагностики язвенной болезни.
28. Язвенная болезнь желудка у детей. Современные методы лечения.
29. Холецистохолангит у детей. Методы лечения.
30. Дискинезии желчевыводящих путей. Основные формы дискинезий. Лечение.
31. Ревматизм у детей. Диагностика.
32. Классификация ревматизма у детей.
33. Пиелонефрит у детей. Лабораторные исследования.
34. Гломерулонефрит у детей. Лабораторные исследования.
35. Гломерулонефриты у детей. Принципы терапии.
36. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме.
37. Неотложная помощь при уремической коме.
38. Основные осложнения терапии глюкокортикоидами.
39. Неотложная помощь при кровотечениях.
40. Неотложная помощь при почечной колике.
41. Неотложная помощь при обмороке, коллапсе.
42. Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности.
43. Методы борьбы с гипертермическим синдромом.
44. Методы борьбы с судорожным синдромом.
45. Определение групп крови.
46. Острая дыхательная недостаточность.

47. Неотложная помощь при остановке сердца.
48. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
49. Методы исследования функций поджелудочной железы.
50. Оказание помощи при острой правожелудочковой недостаточности.
51. Методы борьбы с судорожным синдромом.
52. Принципы терапии пилороспазма и пилоростеноза.
53. Фракционное исследование желудочного сока.
54. Дуоденальное зондирование. Трактовка анализов.
55. Неотложная помощь при острых отравлениях у детей.
56. Определение доз насыщения и разовых доз при назначении сердечных гликозидов.
57. Купирование приступа пароксизмальной тахикардии.
58. Неотложная терапия шока.
59. Неотложная помощь при печёночной коме.
60. Неотложная помощь при крупе.

БАНК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 1

Светлана Х., 11 лет, на протяжении 3-х лет жалуется на боли вокруг пупка, тошноту, рвоту, изжогу. Во время осмотра болезненность в пилородуоденальной зоне, при фракционном желудочном зондировании — повышение секреции и кислотности в тощачковой и базальной порциях. Стул неустойчивый, положительный симптом проскальзывания.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Ожидаемые результаты?
4. Принципы терапии.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 2

Марат Г. 2 мес. находится на стационарном лечении по поводу ОРВИ. Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом (рвота беременных). Родился недоношенным при сроке беременности 36 - 38 недель. Вес при рождении 2300 г, рост 45 см. Ребенок переведен из род. дома в стационар по поводу ОРВИ, пневмонии. Выписан по выздоровлении спустя месяц. Находился на естественном вскармливании. Мать с ребенком гуляет редко из-за боязни просудиться. Гигиенические ванны ребенок получает 2 раза в неделю. Соки, тертое яблоко ребенок не получает. Вит. Д с профилактической целью мать дает нерегулярно. При осмотре у ребенка выраженная потливость затылка, краниотабес. Б.р. 4 x 3,5 см, края мягкие, податливые. Беспокоен, пуглив.

Вопросы к задаче:

1. О чем можно подумать в данном случае? Какие причины этому способствовали?
2. Какие дополнительные методы исследования подтвердят ваш диагноз?
3. Найдите погрешности в уходе, питании и откорректируйте их.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 3

Ребенку 10 лет. Жалобы на короткий сухой кашель, одышку, боль в левом боку под лопаткой, высокую температуру, слабость, отсутствие аппетита. Заболел остро после сильного охлаждения на рыбалке 3 дня назад. Температура 40,1°C. Частое шадящее дыхание. Больной бледен, на щеках яркий румянец, губы сухие, на верхней губе герпес. При дыхании левая половина грудной клетки отстает от правой. Перкуторно укорочение звука в заднебоковых отделах слева, здесь же выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы на глубине вдоха. Над остальными полями везикулярное дыхание с жестким оттенком. Печень выступает из-под реберного края на 2,0 см. В крови нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия. СОЭ - 34 мм/час. На рентгенограмме негомогенное затемнение в левой нижней доле. Синусы свободны.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какой микроорганизм вызывает данное заболевание в этом возрасте?
4. Принципы терапии.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 4

Ребенку 8 лет, сегодня утром пожаловался на слабость, головную боль, боль в левой половине грудной клетки. При осмотре врачом, в тот же, вечер отмечена температура 39,2 °С, короткий сухой кашель, притупленный тимпанит под углом левой лопатки, там же выслушивается крепитация на фоне дыхания с бронхиальный оттенком. Пальпируется край печени.

Вопросы к задаче:

1. Ваша тактика?
2. О каком заболевании вы подумали?
3. Какие дополнительные исследования необходимы?
4. Принципы терапии.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 5

Ира П., 3 мес., родилась в срок от II N родов. Находилась на естественном вскармливании. Вес 5600 г (при рождении 3600 г). За два дня до поступления в клинику отказалась брать грудь, появились беспокойство, затрудненное дыхание через нос. На другой день повысилась температура, дыхание стало хрипящим, появился цианоз рта. Объективно: состояние тяжелое, бледная, цианоз вокруг рта, дыхание хрипящее с раздуванием крыльев носа, мучительный кашель. В легких в передних отделах - коробочный звук, справа от 5 ребра книзу укорочение легочного звука, здесь же - ослабленное дыхание, единичные средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы, на остальном протяжении - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Ps-160', печень 4, 0 см, селезенка 1,5 см. Кровь: Hb - 103 г/л, цв. п. - 1,0, L-7,6.× 10⁹/л, э - 3%, п. - 8%, с - 57%, л - 28%, м-4%, СОЭ - 30 мм/час. На R-гр. органов грудной клетки имеется гомогенное затемнение справа от IV ребра книзу. Синусы свободны.

Вопросы к задаче:

1. Установить клинический диагноз?
2. Оценить физическое развитие.
3. Назначить лечение?

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 6

Миша 4,5 мес., заболел остро, появился кашель при нормальной температуре. В течение 3-х дней лечился дома: пенициллин в/м, но t -ра повысилась до 38°С, кашель усилился, появилась одышка. Объективно: состояние тяжелое, вялый, кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Дыхание 61'. Ps - 150'. Кашель частый, влажный, в акте дыхания принимает участие вспомогательная мускулатура. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно в передних отделах - коробочный звук, справа сзади от ребра книзу укорочение легочного звука, здесь же резко ослабленное дыхание, на остальном протяжении дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. На коже лица - участки гиперемии и шелушения. На волосистой части головы - гнейс. Затылок уплощен, выступают лобные и теменные бугры. Печень 4,5 см, селезенка 2,5 см. Кровь: эр-3,2 x 10¹² /л, Hb-70 г/л, L - 19,4 x 10⁹ /л, э - 3,0, п - 8,0, с -57, л - 28, м - 4,0, СОЭ - 35 мм/час. На R-гр. органов грудной клетки в правом легком выявлено полисегментарное уплотнение с образованием воздушной полости.

Вопросы к задаче:

1. Установить клинический диагноз?
2. Оценить гемограмму?
3. Назначить лечение?

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 7

Марат Г. 2 мес. находится на стационарном лечении по поводу ОРВИ. Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом (рвота беременных). Родился недоношенным при сроке беременности 36 - 38 недель. Вес при рождении 2300 г, рост 45 см. Ребенок переведен из род. дома в стационар по поводу ОРВИ, пневмонии. Выписан по выздоровлении спустя месяц. Находился на естественном вскармливании. Мать с ребенком гуляет редко из-за боязни просудиться. Гигиенические ванны ребенок получает 2 раза в неделю. Соки, тертое яблоко ребенок не получает. Вит. Д с профилактической целью мать дает нерегулярно. При осмотре у ребенка выраженная потливость затылка, краниотабес. Б.р. 4 x 3,5 см, края мягкие, податливые. Беспокоен, пуглив.

Вопросы к задаче:

1. О чем можно подумать в данном случае? Какие причины этому способствовали?
2. Какие дополнительные методы исследования подтвердят ваш диагноз?
3. Найдите погрешности в уходе, питании и откорректируйте их.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 8

Ребенку 3,5 месяца. Госпитализирован в клинику после перенесенной пневмонии, отита и пиурии. У матери молока достаточно, но ребенок съедает не более 50 граммов через 3 часа. Масса тела при рождении 3200 г, рост 48 см. В настоящее время масса - 4 кг.

Вопросы к задаче:

1. Клинический диагноз.
2. Принципы диетотерапии.
3. Расчет питания с учетом основных ингредиентов.
4. Медикаментозная терапия.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 9

Алеша, 6 лет, вчера гулял с бабушкой в сосновом лесу. Ночью появилась одышка, кашель, чихание, температура - 37,2°C. Доставлен в больницу в тяжелом состоянии. ЧД - 60 уд. в мин., ЧСС - 126 уд. в мин. Постоянный кашель, выдох затруднен. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук в задненижних отделах тимпанический. На всем протяжении легочных полей выслушиваются сухие свистящие хрипы. Из анамнеза: отец ребенка страдает экземой, у бабушки - пищевая аллергия.

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание заподозрили у ребенка?
2. Какие мероприятия должны были быть проведены в семье при проявлении первых признаков болезни?
3. Ваши лечебные мероприятия?

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Производственная практика Клиническая практика педиатрического профиля

Ситуационная задача № 10

Ребенку 8 лет, сегодня утром пожаловался на слабость, головную боль, боль в левой половине грудной клетки. При осмотре врачом, в тот же, вечер отмечена температура 39,2°C, короткий сухой кашель, притупленный тимпанит под углом левой лопатки, там же выслушивается крепитация на фоне дыхания с бронхиальным оттенком. Пальпируется край печени.

Вопросы к задаче:

1. Ваша тактика?
2. О каком заболевании вы подумали?
3. Какие дополнительные исследования необходимы?
4. Принципы терапии.

Практическое задание №5

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Боциев

Возраст 7 лет

| | Микроскопия осадка |
|--|--|
| Доставленное количество – <u>50,0</u> | 1. Эпителиальные клетки _____ Плоские _____единичные |
| Цвет <u>мясных помоев</u> | 2. Лейкоциты <u>10-10-12-14</u> в п/зр |
| Реакция <u>щелочная</u> | 3. Эритроциты <u>большое количество</u> |
| Удельный вес <u>1010</u> | 4. Цилиндры _____ |
| Прозрачность <u>неполная</u> | 5. Соли _____ |
| Белок <u>0,066%</u> | 6. Слизь _____ |

Практическое задание №6

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного _____

Возраст 4 года

| Исследование | Единицы |
|--------------------|----------------|
| Билирубин: - общий | 78 мкмоль/л |
| - прямой | 48 мкмоль/л |
| - непрямой | 30 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 10 ед. |
| АЛТ | 380 нмоль/с.л. |

Практическое задание №7

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Исследование мочи по Зимницкому

Ф.И.О. больного Волчков Г.

Возраст 9 лет

| ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ | | |
|------------------|--------------|--------------|
| Часы | Количество | Удельный вес |
| 6 ч.д. – 9 ч.д. | 120,0 | 1015 |
| 9 ч.д. – 12 ч.д. | 2250,0 | 1010 |
| 12 ч.д. – 3 ч.д. | 315,0 | 1020 |
| 3 ч.д. – 6 ч.в. | 220,0 | 1018 |
| ВСЕГО | 406,0 | |
| НОЧНОЙ ДИУРЕЗ | | |
| 6 ч.в. – 9 ч.в. | 43,0 | 1012 |
| 9 ч.в. – 12 ч.в. | 100,0 | 1005 |
| 12 ч.н. – 3 ч.н. | 95,0 | 1018 |
| 3 ч.н. – 6 ч.д. | 140,0 | 1025 |
| ВСЕГО | 378,0 | |

Практическое задание №8

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Иванов А.5 лет

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------------------------------|--------------------|---|--------------|----------------------------------|-----------------|---|
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | | Цветовой показатель <i>0,85-1,0</i> | | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i> | | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> |
| 2,5*10 ¹² | | 70 | | 0,8 | | 5 | | 180*10 ⁹ /л |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Гемоци тобласты | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800- 2400 | 360-640 |
| 2,8*10 ⁹ | - | - | 15 | - | 6 | 56 | 20 | 3 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>40</u> мм/час _____ | | | | | | | | |

Практическое задание №9

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.
10 лет

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|------------|----------------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | | Цветовой показатель 0,85-1.05 | | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i> | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> | | |
| 2,85*10 ¹² | 74 | | 1,0 | | 20‰ | 140 *10 ⁹ /л | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэл. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| 25,0*10 ⁹ | - | 2 | 1 | - | 13 | 60 | 20 | 4 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>20</u> мм/час _____ | | | | | | | | |

Практическое задание №10

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Милеева Ира
 Возраст 4 года

| Исследование | Единицы |
|----------------------|--------------|
| Сахар крови: натощак | 1,45 ммоль/л |
| через 60 мин | 3,3 ммоль/л |
| через 20 мин | 2,10 ммоль/л |

Практическое задание №11

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Больной 9 лет

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| Эритроциты в 1 л ($4,5-5 \cdot 10^{12}/л$) | Гемоглобин 120-130 г/л | Цветовой показатель 0,85-1,05 | Ретикулоциты 0,6-0,8 % | Тромбоциты $180-360 \cdot 10^9/л$ | | | | |
| $3,2 \cdot 10^{12}$ | 98 | 0,9 | | $320 \cdot 10^9/л$ | | | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. $6-8 \cdot 10^9/л$ | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэл. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| $6,0 \cdot 10^9$ | - | - | - | - | 4 | 62 | 30 | 4 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>12</u> мм/час | | | | | | | | |

Практическое задание №12

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Анализ крови

| Анализ крови | | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| Больной 1 год 6 мес. | | | | | | | | |
| Эритроциты в 1 л ($4,5-5 \cdot 10^{12}/л$) | Гемоглобин 120-130 г/л | Цветовой показатель 0,85-1,05 | Ретикулоциты 0,6-0,8 % | Тромбоциты $180-360 \cdot 10^9/л$ | | | | |
| $1,75 \cdot 10^{12}$ | 46 | 0,79 | | $25,25 \cdot 10^9/л$ | | | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. $6-8 \cdot 10^9/л$ | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэл. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| $1,5 \cdot 10^9$ | 1 | 0 | - | - | 6 | 11 | 80 | 1 |
| <u>Бластные</u> Анизоцитоз _____ значит. _____ Сверт. крови _____ по Сухареву – 5,5 _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>70</u> мм/час | | | | | | | | |

Практическое задание №13

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|------------|------------|----------------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Больной Урумов А. 8 лет | | | | | | | | |
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | Цветовой показатель 0,85-1.05 | | | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i> | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> | | |
| 4,3*10 ¹² | 120 | 0,9 | | | | 250 *10 ⁹ /л | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф . 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэл. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| 6,8*10 ⁹ | - | 8 | - | - | 2 | 62 | 27 | 3 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ | | | | | | | | |
| Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ | | | | | | | | |
| Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>20</u> мм/час _____ | | | | | | | | |

Практическое задание №14

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Кануков И. 4

года _____

| Эритроциты | Гемоглобин | Цветной показатель | Ретикулоциты | Тромбоциты | Лейкоциты | Бласты | Нейтрофилы | | | | Лимфоциты | Моноциты |
|-------------------------------|---------------|--------------------|--------------|----------------|---------------------|-----------|------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | | | | | | | миэл. оц. | ю | п/я | с/я | | |
| Норма 6-8*10 ¹² | 80-100 г/л | 0,8-1,0 | 0,6-1,0‰ | 250-460 тыс | 6-8*10 ⁹ | - | - | - | 4% | 63-67% | 24-30% | 6-8% |
| 2,8 | 60 | 0,6 | 2 | 80 | 13,3 | 2% | 5% | 1 % | 14 | 28 | 20 | 2 |

Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____

Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 30 мм/час _____

Практическое задание №15

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Исследование мочи по Зимницкому

Ф.И.О. больного Туаева Т.

Возраст 8 лет

| ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ | | |
|------------------|------------|--------------|
| Часы | Количество | Удельный вес |
| 6 ч.д. – 9 ч.д. | 140,0 | 1007 |
| 9 ч.д. – 12 ч.д. | 50,0 | 1004 |
| 12 ч.д. – 3 ч.д. | 115,0 | 1006 |
| 3 ч.д. – 6 ч.в. | 101,0 | 1013 |
| ВСЕГО | 406,0 | |
| НОЧНОЙ ДИУРЕЗ | | |
| 6 ч.в. – 9 ч.в. | 43,0 | 1020 |
| 9 ч.в. – 12 ч.в. | 100,0 | 1015 |
| 12 ч.н. – 3 ч.н. | 95,0 | 1020 |
| 3 ч.н. – 6 ч.д. | 140,0 | 1010 |
| ВСЕГО | 378,0 | |

Практическое задание №16

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Ляхова В.

Возраст 5 лет

| Микроскопия осадка | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Доставленное количество – 80,0 | Эпителиальные клетки _____ |
| Цвет желтый | Плоские ___ большое к-во ___ |
| Реакция | Лейкоциты ___ 5-10-12-18 в п/зр ___ |
| Удельный вес | Эритроциты ___ 2-4-2-4 ___ |
| Прозрачность мутная | Соли ___ оксалаты _____ |
| Белок 0,033‰ | |

Практическое задание №17

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Шавлохов

Возраст 10 лет

| Исследование | Единицы |
|----------------------|---------------|
| Сахар крови: натощак | 12,21 ммоль/л |

Практическое задание №18

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Рамонов Г.

Возраст 10 лет

| | Микроскопия осадка |
|--|--|
| Доставленное количество – <u>100,0</u> | 1. Эпителиальные клетки _____ Плоские <u>единичные</u> |
| Цвет <u>светло-желтый</u> | 2. Лейкоциты <u>10-10-20-30</u> в п/зр |
| Реакция <u>щелочная</u> | 3. Эритроциты <u>нет</u> |
| Удельный вес <u>1018</u> | 4. Соли <u>кристаллы мочевоy к-ты</u> |
| Прозрачность <u>полная</u> | 5. Слизь _____ |
| | 6. Бактерий <u>большое количество</u> |

Практическое задание №19

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|------------|----------------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Больной <u>Гутнов 9 лет</u> | | | | | | | | |
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | | Цветовой показатель 0,85-1.05 | | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i> | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> | | |
| 4,3*10 ¹² | 125 | | 0,9 | | | | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэл. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| 8,9*10 ⁹ | - | 15 | 5 | 6 | 15 | 44 | 15 | 5 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотока _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>8</u> мм/час | | | | | | | | |

Практическое задание №20

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Васильев И.
 Возраст 7 лет

| | |
|---|--|
| Доставленное количество – <u>40,0</u> Цвет <u>мясных помоев</u> Реакция <u>щелочная</u> Удельный вес <u>1010</u> Прозрачность <u>неполная</u> Белок <u>0,066‰</u> | <h4>Микроскопия осадка</h4> 1. Эпителиальные клетки _____ _____ <u>Плоские</u> _____ <u>единичные</u> 2. Лейкоциты <u>4-3-4</u> в п/зр _____ 3. Эритроциты <u>большое количество</u> 4. Цилиндры <u>2-1-4</u> в п/зр _____ 5. Соли <u>кальция оксалат</u> 6. Слизь _____ |
|---|--|

Практическое задание №21

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Рамонов Д.
 Возраст 7 мес.

| Исследование | Единицы |
|---------------------|---------------|
| Калий | 2,24 ммоль/л |
| Кальций | 1,2 ммоль/л |
| Фосфор | 0,9 ммоль/л |
| Сывороточное железо | 15,8 мкмоль/л |
| Натрий | 120 ммоль/л |

Практическое задание №22

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Суанов Г. 5 лет

| Анализ крови | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|-----------|----------------------------------|---|--------------------|-----------------|-----------------|
| Больной <u>Караев</u> <u>19 дней</u> | | | | | | | | |
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | Цветовой показатель 0,85-1,0 | | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 ‰</i> | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> | | | |
| 2,8*10 ¹² | 78 | 0,84 | | 88‰ | 320*10 ⁹ /л | | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миелоциты | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| 18*10 ⁹ | - | 2 | | 1 | 10 | 55 | 27 | 5 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ | | | | | | | | |
| Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ | | | | | | | | |
| Резистентность эритроцитов Min/Max - <u>0,62/0,38</u> | | | | | | | | |
| Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>52 мм/час</u> | | | | | | | | |

Практическое задание №23

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Алиев
 Возраст 7 лет

| Исследование | Норма, ед. | Единицы |
|---------------------|------------|-------------|
| Калий | | 4,6 ммоль/л |
| Кальций | | 1,2 ммоль/л |
| Хлор | | 90 ммоль/л |
| Сывороточное железо | | 4 мкмоль/л |
| Натрий | | 140 ммоль/л |

Практическое задание №24

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Тамаев М.
 Возраст 3 года

| | |
|--|---|
| <p>Доставленное количество – <u>50,0</u></p> <p>Цвет <u>желтый</u></p> <p>Реакция <u>кислая</u></p> <p>Удельный вес <u>1015</u></p> <p>Прозрачность <u>неполная</u></p> <p>Белок <u>4,3‰</u></p> | <p style="text-align: center;">Микроскопия осадка</p> <p>1. Эпителиальные клетки _____ Плоские _____ <u>единичные</u></p> <p>2. Лейкоциты <u>1-2-3</u> в п/зр _____</p> <p>3. Эритроциты <u>5-6-8</u> в п/зр _____</p> <p>4. Цилиндры _____ Гиалиновые <u>1-3-4-</u> <u>6</u> _____ Зернистые <u>4-5-6-</u> <u>6</u> _____</p> <p>5. Слизь _____</p> |
|--|---|

Практическое задание №25

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии

Биохимический анализ крови

Ф.И.О. больного Гагулов О.Б.

Возраст 5 лет

| Исследование | Единицы |
|------------------------|--------------|
| Общий белок | 50 г/л |
| Мочевина | 16,4 ммоль/л |
| Креатинин | 180 мкмоль/л |
| В-липопротеиды | 80 ед. |
| Кальций | 2,7 ммоль/л |
| Фосфор | 1,8 ммоль/л |
| Азот мочевины | 6,4 ммоль/л |
| Клубочковая фильтрация | 80 мл/мин |
| Реабсорбция воды | 99,9% |

Практическое задание №26

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Муравьев С. 2 года

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|--------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | Цветовой показатель 0,85-1,0 | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i> | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> | | | | |
| 1,8*10 ¹² | 60 | 1,0 | | 3,7 | | | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэл. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| 1,47*10 ⁹ | - | 3 | - | - | 4 | 40 | 45 | 8 |
| Анизоцитоз _____ | | Сверт. крови _____ | | | | | | |
| Пойкилоцитоз _____ | | Время кровотечения _____ | | | | | | |
| Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>60</u> мм/час | | | | | | | | |

Практическое задание №27

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного _____

Возраст 1 год

| Исследование | Единицы |
|---------------------|-------------|
| Общий белок | 50 г/л |
| Калий | 3,0 ммоль/л |
| Кальций | 2,2 ммоль/л |
| Фосфор | 1,2 ммоль/л |
| Сывороточное железо | 9 мкмоль/л |
| Натрий | 160 ммоль/л |

Практическое задание №28

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Богаева Лина

Возраст 12 лет

| Исследование | Единицы |
|----------------------|-------------|
| Сахар крови: натощак | 6,6 ммоль/л |
| через 60 мин | 9,9 ммоль/л |
| через 20 мин | 7,7 ммоль/л |

Практическое задание №29

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

| Анализ крови | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|------------|----------------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Больной Наниева С., 15 лет | | | | | | | | |
| Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i> | Гемоглобин <i>120-130 г/л</i> | | Цветовой показатель 0,85-1,05 | | Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i> | Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i> | | |
| 4,7*10 ¹² | 121 | | 0,9 | | | | | |
| Лейкоформула | | | | | | | | |
| Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i> | Базоф. 0-5 % | Эозин. 2-4 % | Миэз. - | Юные. - | Палоч. 4% | Сегмент. 63-67% | Лимф. 24-30% | Моноц. 6-8 % |
| Норма в абсол. числах | 30-40 | 180-200 | - | - | 240-320 | 4020-5040 | 1800-2400 | 360-640 |
| 10,0*10 ⁹ | - | - | - | - | 12 | 58 | 26 | 4 |
| Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>25 мм/час</u> | | | | | | | | |

Практическое задание №30

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Симакова

Возраст 9 мес.

| Исследование | Единицы |
|--------------------|-------------|
| Кальций | 2,4 ммоль/л |
| Фосфор | 0,7 ммоль/л |
| Щелочная фосфатаза | 380 Ед |

БАНК ДЕЛОВЫХ ИГР

Деловая игра №1

«Неотложная помощь при остановке сердца»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание причин, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии остановки сердца

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с остановкой сердца.

Деловая игра №2

«Неотложная помощь при остановке дыхания»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание причин, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии остановки дыхания

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с остановкой дыхания.

Деловая игра №3

«Железодефицитная анемия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и лечения детей с железодефицитной анемией

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с железодефицитной анемией.

Деловая игра №4

«Острая пневмония»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и лечения острой пневмонии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с острой пневмонией.

Деловая игра №5

«Бронхиты»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и лечения бронхитов

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с бронхитами.

Деловая игра №6

«Хронический гастродуоденит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии хронических гастродуоденитов

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с хроническими гастродуоденитами.

Деловая игра №7

«Язвенная болезнь желудка»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии язвенной болезни желудка

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с язвенной болезнью желудка.

Деловая игра №8

«Пиелонефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии пиелонефрита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с пиелонефритом.

Деловая игра №9

«Гломерулонефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии гломерулонефрита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гломерулонефритом.

Деловая игра №10

«Ревматизм»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, основных принципов диагностики и терапии ревматизма

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Врач реаниматолог
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

| Критерии оценки | Оценка участников по ролям, в баллах | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры | | | | | | | | | |
| 2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли | | | | | | | | | |
| 3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом | | | | | | | | | |
| 4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии | | | | | | | | | |
| 5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег | | | | | | | | | |
| Итого, баллов | | | | | | | | | |

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с ревматизмом.

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

Кафедра детских болезней №1

ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса педиатрического факультета

по специальности Педиатрия 31.05.02

г. Владикавказ 2023

Оглавление

| № | Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля | Количество тестов (всего) | Код формируемых компетенций | стр. с __ по __ |
|---------------------|---|---------------------------|--|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Вид контроля | Входной контроль уровня подготовки обучающихся | 30 | - | 68-72 |
| Вид контроля | Текущий контроль успеваемости | | | |
| 1. | Этико-деонтологические принципы работы. Организация работы детских лечебно-профилактических учреждений. | 44 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | 72-82 |
| 2. | Функциональные обязанности врача | 31 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | 82-85 |
| 3. | Первая медицинская помощь при неотложных состояниях: остановке сердца и дыхания | 22 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | 85-88 |
| 4. | Заболевания органов дыхания | 22 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 | 88-90 |

| | | | | |
|----|---|----|--|---------|
| | | | ПК-21 ПК-22 | |
| 5. | Заболевания сердечно-сосудистой системы | 25 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | 91-97 |
| 6. | Заболевания органов пищеварения | 20 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | 98-102 |
| 7. | Заболевания мочевыделительной системы | 20 | ОК-7 ОПК-4 ОПК-6 ПК-1 ПК-5 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-20 ПК-21 ПК-22 | 103-105 |

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Скрытая тетания характерна для
рахита
гипервитаминоза D
спазмофилии

При спазмофилии выявление симптома Маслова приводит к такому расстройству частоты дыхания, как:
учащение
урежение
остановка на несколько секунд

Клинические проявления явной тетании
симптом Хвостека
симптом Труссо
ларингоспазм
клонико-тонические судороги

Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет
1-2 дня
3-7 дней
10 дней
до 14 дней

Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода
в первый триместр беременности
во второй триместр беременности
в третий триместр беременности

Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобинов является
нормохромной
гиперхромной
гипохромной

Депо железа в организме
костный мозг
печень
селезенка
лимфатические узлы

Клинические симптомы железодефицитной анемии у детей
нарастающая бледность кожных покровов
лимфаденопатия
трофические нарушения кожи, волос, ногтей
гектическая лихорадка
систолический шум на верхушке

Принципы лечения железодефицитной анемии у детей:
заместительная терапия препаратами крови

витамиотерапия витамином А
витамиотерапия витамином D
назначение препаратов железа
глюкокортикоидная терапия

Отхаркивающие препараты
мукалтин
ацетилцистеин
тавегил
омепразол

Минимальным седативным эффектом обладает препарат
димедрол
тавегил
кларитин
диазолин
зиртек

Бронхиальная астма - это
острое воспаление дыхательных путей
хроническое воспаление дыхательных путей без гиперреактивности бронхов
хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов,
проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом и дыхательным дискомфортом

Стадии развития аллергического процесса при бронхиальной астме
иммунопатологическая
патохимическая
патофизиологическая

Наиболее высокая реактивность бронхов наблюдается в
4-6 часов утра
10-12 часов
16-18 часов
22-24 часа

Для снятия приступа бронхиальной астмы применяют
амоксиклав
беродуал
кетотифен

Гастрит, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*, относится к:
аутоиммунному (тип А)
бактериально-обусловленному (тип В)
химико-токсически индуцированному (тип С)
лимфоцитарному

Антихеликобактерным действием обладают препараты
альмагель
фуразолидон
амоксициллин
де-нол
трихопол

Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки наиболее информативен метод обзорный снимок брюшной полости
ретроградная панкреатохолангиография
ирригография
эзофагогастродуоденоскопия
колоноскопия

Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерно
кислотообразование повышено, секретообразование снижено
кислотообразование снижено, секретообразование повышено
кислотообразование повышено, секретообразование повышено

Клинические признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются

алая кровь в стуле
опоясывающие боли в животе
кинжальные боли в животе
дегтеобразный стул
рвота «кофейной гущей»

Болевой абдоминальный синдром при язвенной болезни 12-перстной кишки характеризуется постоянным характером
мойнигановским ритмом
беспорядочным появлением боли

Антропометрия недоношенного ребенка после выписки со второго этапа выхаживания должна проводиться:

ежемесячно
1 раз в 2 нед.
1 раз в 2 мес.

Первое кормление недоношенного ребенка I степени недоношенности должно быть:

через 2 часа после рождения
через 6 часа после рождения
через 9 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка II степени недоношенности должно быть:

через 9 часа после рождения
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка III степени недоношенности должно быть:

через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения
через 24 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка IV степени:

недоношенности должно быть
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения
через 24 часа после рождения

Через зонд следует кормить недоношенного ребенка:

с пневмопатией
внутриутробно инфицированного
с массой менее 1250 г
с плохой прибавкой массы тела
при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов

К груди можно приложить недоношенного ребенка:
без признаков интеркуррентных заболеваний
без признаков внутриутробного инфицирования
с массой более 1800 г
с хорошей прибавкой массы тела
при хорошем сосательном и глотательном рефлексах
при достаточном количестве молока у матери

Прокрашивание ядер мозга у недоношенных детей (I и II степень) может произойти при уровне неконъюгированного билирубина:
340 мкмоль/л и более
более 256-298 мкмоль/л
более 171-205 мкмоль/л

Критерием диагностики острого лейкоза считается обнаружение бластных клеток в костном мозге
>5%
>80%
>30
>10%

Биохимическими признаками внутриклеточного гемолиза является
повышение прямого билирубина
повышение непрямого билирубина
повышение прямого билирубина свободный гемоглобин
повышение непрямого билирубина свободный гемоглобин

Тип аллергических реакций, к которому относится иммунокомплексная патология
I
II
III
IV

Для геморрагического васкулита характерно наличие
анемии
тромбоцитопении
гипертромбоцитоза
нейтрофильного лейкоцитоза
ускорения СОЭ

Замороженную плазму при геморрагическом васкулите переливают с целью
поставки плазменных факторов свертывания
восполнения ОЦК
поставки антитромбина III

Среди этиологических факторов острой иммунной тромбоцитопенической пурпуры на первом месте стоят

- аутоиммунные заболевания
- применение вакцин, сывороток
- вирусные инфекции
- применение антикоагулянтов
- укусы насекомых

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

Детская больница - лечебно- диагностическое учреждение для детей в возрасте
0-12 лет
0-14 лет
0-15 лет
0-16 лет

К детским лечебно-профилактическим учреждениям относятся
детская больница
детская поликлиника
ясли - детский сад
детский санаторий

В число основных подразделений в составе каждой детской больницы входят
приёмное отделение
станция скорой помощи
стационар (лечебные отделения)
лечебно-диагностические отделения, кабинеты, лаборатории
диспансер

В число основных помещений приёмного отделения входят
регистратура
вестибюль-ожидальня
приёмно-смотровые боксы
санитарный пропускник
реанимационное отделение

Задачами приёмного отделения являются:
D приём и регистрация больного
консультативный амбулаторный приём больных
направление больных в лечебные отделения больницы;
санитарная обработка больных
наблюдение за больными, выписанными из больницы
предупреждение заноса инфекционных заболеваний

В обязанности медицинской сестры приемного покоя входит:
Заполнение паспортной части истории болезни
Заполнение листа анамнеза
измерение температуры тела
Назначение необходимой лечебной помощи больному
осмотр на педикулез

Санитарную обработку больного в приемном покое младшая мед сестра проводит:
по назначению врача
по назначению медсестры

Санитарная обработка тяжело больного ребенка в приемном покое:
проводится
не проводится

Больные в приемном покое не должны задерживаться более:

15 мин

30мин

45мин

0 час

2часа

Вид транспортировки больного выбирает :

Младшая медсестра

Мед сестра

врач приемного покоя

Дети в удовлетворительном состоянии транспортируются в лечебное отделение:

На кресле-каталке

Идут самостоятельно

идут самостоятельно в сопровождении медработника

Тяжелобольных детей транспортируют

на носилках –каталках

на руках

идут самостоятельно

детей раннего возраста транспортируют:

на носилках-каталках

на руках

Идут самостоятельно

Детям в крайнем тяжелом состоянии неотложную помощь оказывают:

В приемном покое

в реанимационном отделении

В лечебном отделении больницы

В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы в приёмном покое необходимо обеспечить

сведения о контакте ребёнка с инфекционными больными

наличие приёмно-смотровых боксов

сведения о прививках

тщательный осмотр кожи и зева ребёнка

соблюдение санитарно-гигиенического режима

исключение встречных потоков больных

Сотрудник справочной (информационной) службы при приёмном покое может сообщить

родителям по телефону

тяжесть состояния ребёнка

диагноз

сведения о лечении

температуру тела

К организационным принципам работы стационара детской больницы относят

создание лечебно-охранительного режима

создание санитарнопротивоэпидемического режима

организация неотложной помощи на дому
лечебно-диагностические мероприятия
учебно-воспитательная работа с детьми

В число элементов распорядка дня детей, находящихся в лечебном отделении больницы, входят
лечебно-диагностические процедуры
физическая зарядка
врачебный обход
приём пищи
режим сна, отдыха, прогулок
общественно-полезный труд

В лечебном отделении выделяют следующие типы боксов
открытые
закрытые
совмещённые
сообщающиеся
полные (мельцеровские)
неполные (полубоксы)

Палата лечебного отделения должна иметь
выход во внутренний коридор
выход на улицу
централизованную подачу кислорода
бактерицидную лампу

Полный (мельцеровский) бокс отличается от палаты
наличием выхода во внутренний коридор
наличием выхода на улицу
наличием санитарного блока
наличием изоляции больного
отсутствием шлюза для персонала

ТЕМА №2 «Санитарно-противоэпидемический режим»

Дезинсекция - это система мероприятий по уничтожению
бактерий
грибов
вшей
клещей
вирусов
блох

Первичный осмотр больного на педикулёз проводится при его поступлении
в лечебное отделение
в приёмный покой
дежурным врачом
медицинской сестрой
младшей медицинской сестрой

Педикулёз передаётся
при использовании белья и одежды больного

при отдалённом контакте детей в палате
при непосредственном контакте детей в палате
при использовании общих предметов гигиены

Для обработки волосистой части головы при педикулёзе можно использовать

20% водно-мыльную суспензию бен-зилбензоата
10% водную мыльно-керосиновую эмульсию
15% водный раствор керосина
лосьон «Ниттифор»

Экспозиция при обработке волосистой части головы лосьоном «Ниттифор» составляет

20 минут
30 минут
40 минут
50 минут
60 минут

После обработки волосистой части головы инсектицидным раствором голову следует вымыть горячей водой с:

хозяйственным мылом
раствором уксуса
шампунем
чистой водой

После первой обработки волосистой части головы инсектицидным раствором при педикулёзе процедуру повторяют через

3 дня

7-10 дней
10-15 дней
30 дней

Для удаления гнид волосы обрабатывают ватой, смоченной

раствором хозяйственного мыла
8% раствором столового уксуса
0,5 % раствором хлорамина
раствором дегтярного мыла

Санитарно-противоэпидемический режим в стационарах детских больниц включает соблюдение

санитарного режима отделений
лечебно-охранительного режима
личной гигиены персонала
личной гигиены больных детей
режима сна, прогулок, занятий детей
режима выявления и изоляции больных с инфекционными заболеваниями

Санитарно-гигиенический режим в лечебном отделении включает

личную гигиену больных и персонала
лечебно-диагностические мероприятия
ежедневную текущую дезинфекцию
режим уборки и проветривания палат и других помещений
правила поведения персонала и больных в отделении

Дезинфекция - это система мероприятий по уничтожению

насекомых
возбудителей заболеваний (вирусов, бактерий, грибов)
грызунов

Различают следующие виды дезинфекции
профилактическая
лечебная
очаговая
начальная
текущая
заключительная

профилактическая дезинфекция отличается от очаговой тем, что проводится
во всех отделениях больницы
в эпидемическом очаге
постоянно, независимо от наличия инфекционных заболеваний
при возникновении инфекционных заболеваний

Текущая дезинфекция проводится
во всех отделениях больницы
в эпидемическом очаге
для снижения инфицированности среды вокруг инфекционного больного
для предупреждения накопления возбудителей заболеваний

Заключительную дезинфекцию проводят для
предупреждения накопления возбудителей заболеваний
снижения инфицированности среды вокруг инфекционного больного
полной ликвидации возбудителей заболеваний

Способы проведения дезинфекции делятся на
Механические
физические
химические
биологические

К механическим способам дезинфекции относятся
стирка белья
кипячение белья
обработка водяным паром
мытьё рук
удаление пыли и грязи влажной тряпкой
замачивание белья и посуды в дезинфицирующих растворах

К физическим способам дезинфекции относятся
замачивание белья и посуды в дезинфицирующих растворах
кипячение белья
удаление пыли и грязи влажной тряпкой
стирка белья
обработка водяным паром (автоклавирование)

К химическим способам дезинфекции относятся
мытьё рук с туалетным мылом
мытьё рук с использованием дезинфицирующего раствора

автоклавирование
обработка поверхностей влажной тряпкой
обработка поверхностей влажной тряпкой, смоченной дезинфицирующим раствором

К химическим средствам, используемым для дезинфекции в детской больнице, относятся растворы
гипохлорида Ca (хлорная известь)
хлорамина
мыльно-содовый
мыльно-керосиновый
аламинола

Профилактическую дезинфекцию и уборку в палатах, коридорах и других помещениях лечебного отделения проводит
медицинская сестра
младшая медицинская сестра
сестра-хозяйка

Текущая ежедневная уборка в лечебных отделениях включает
мытьё оконных и дверных рам, стёкол
мытьё полов, предметов обстановки
Наведение порядка в прикроватных тумбочках, в шкафах на посту
мытьё стен, плафонов
проветривание, кварцевание палат, коридоров

Генеральную уборку в лечебных отделениях проводят
раз в неделю
1 раз в 7-10 дней
1 раз в 2 недели
1 раз в месяц

Уборочный инвентарь (вёдра, тряпки, щётки и др.) используются для уборки всех помещений лечебного отделения
раздельно для уборки палат, процедурного кабинета, буфета и др. помещений
После использования уборочный материал подвергают стирке в растворе хозяйственного мыла
замачиванию в дезинфицирующем растворе на 30 минут
замачиванию в дезинфицирующем растворе на 60 минут
кипячению

Полы в палатах, коридорах и других помещениях лечебного отделения подметают
моют тёплой водой
моют водой с добавлением дезинфицирующего раствора

Полы в палатах, коридорах и других помещениях лечебного отделения моют не реже
1-го раза в день
2-х раз в день
3-х раз в день

Панели в лечебных отделениях моют
1 раз в день

1 раз в 2 дня
1 раз в 3 дня
1 раз в неделю

Обработку поверхностей (стены, двери, столы, тумбочки, кровати и т.д.) в помещениях лечебных отделений проводят
тёплой водой
тёплым мыльным раствором
однократным протиранием ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором
двукратным протиранием ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором

Оконные рамы, двери, стёкла, верхние части стен в лечебных отделениях моют
1 раз в день
1 раз в 3 дня
1 раз в 7-10 дней
1 раз в 14 дней

Влажное протирание радиаторов и труб центрального отопления в лечебных палатах проводят
ежедневно
1 раз в 3 дня
1 раз в неделю

Проветривание палат проводят в день не реже
1-го раза
2-х раз
3-х раз
4-х раз'
5-ти раз

Основным способом обеззараживания рук медицинского персонала отделений является их мытьё
туалетным мылом
хозяйственным мылом
содовым раствором
однократное
двукратное
трёхкратное

Смена халатов, колпаков медицинского персонала проводится в неделю не реже
1-го раза
2-х раз
3-х раз

Для ежедневной уборки и профилактической дезинфекции помещений и предметов обстановки в лечебных отделениях используют рабочий раствор аламинола
1%
3%
5%
10%

Для приготовления 10 л 1% раствора аламинола в воду необходимо добавить концентрат аламинола в количестве
100

50л
30л
10 мл

Расстояние между кроватями в палате должно составлять не менее

1 м
1,5 м
2 м
3м

Гигиеническая ванна детям в лечебном отделении проводится 1 раз в

день
3-5 дней
5-7 дней
7-10 дней
10-14 дней

| Смена нательного белья у детей проводится по мере загрязнения, но не реже

1раза в 3 дня
1 раза в 7 дней
1 раза в 10 дней
1 раза в 14 дней

Смена постельного белья у детей проводится по мере загрязнения, но не реже

1раза в 3 дня
1 раза в 7 дней
1 раза в 10 дней
1 раза в 14 дней

Смена постельного белья у детей проводится:

самим ребёнком
младшей медицинской сестрой
медицинской сестрой
врачом

Родители, родственники, студенты у постели больного ребёнка должны садиться на

кровать
стулья
банкетки

Постель больного ребёнка перестилают по мере надобности, но не менее

2раза в день
2-х раз в день
3-х раз в день

Постель тяжелобольному ребёнку перестилает

сам ребёнок
младшая медицинская медсестра
постовая медицинская сестра
врач

Кровать для детей раннего возраста отличается от кровати для старших детей

- меньшими размерами
- наличием подвижных секций
- наличием съёмных боковых решёток
- наличием надкроватного столика
- наличием корзины для горшка

Функциональная кровать отличается от обычной

- отсутствием подвижных секций
- наличием подвижных секций
- отсутствием надкроватного столика
- наличием надкроватного столика
- отсутствием корзины для горшка или судна

В прикроватной тумбочке ребёнка разрешается хранить

- предметы личной гигиены
- сменное бельё
- продукты питания
- книги, игрушки
- уличную обувь

За гигиеническое состояние прикроватной тумбочки ребенка отвечает

- лечащий врач
- медицинская сестра
- младшая медицинская сестра
- сестра-хозяйка

После смены постельного белья пол в палате

- подметают
- протирают влажной тряпкой
- протирают влажной тряпкой, смоченной в дезинфицирующем растворе
- обрабатывать не следует

Контроль за ежедневным туалетом (уход за кожей, волосами и т. д.) и помощь детям осуществляет

- лечащий врач
- медицинская сестра
- младшая медицинская сестра
- сестра-хозяйка

Подачу судна, горшка для тяжелобольного ребенка и их дезинфекцию осуществляет

- лечащий врач
- медицинская сестра
- младшая медицинская сестра
- сестра-хозяйка

Ежедневная обработка судна или горшка, используемых при уходе за больным ребенком, включает

- мытьё чистой холодной водой
- мытьё горячей водой с хозяйственным мылом
- обработку 1% раствором хлорамина или аламинола
- обработку 1% раствором перманганата калия
- обработку 3% раствором перекиси водорода

Пролежень - это
гнойное воспаление подкожной клетчатки
грибковое поражение кожи
некроз мягких тканей в местах сдавления
аллергическое поражение кожи

Первым симптомом пролежня является
гиперемия кожи
очаг побледнения кожи
отек кожи

У больных при длительном постельном режиме для профилактики пролежней необходимо
часто перестилать постель, устраняя складки
часто купать ребенка
обтирать тело тёплой водой
растирать кожу ватным тампоном, смоченным камфорным спиртом

Полоскание полости рта больных детей раннего возраста проводится
в положении лёжа, повернув голову набок
в положении сидя
из резинового баллона
из поильника
со сменой положения головы на один и другой бок

Ежедневный уход за полостью рта ребенка включает следующие процедуры
чистка зубов щёткой с детской зубной пастой
полоскание полости рта тёплой водой после приема пищи
полоскание полости рта слабым раствором перманганата калия
протирание слизистой ротовой полости 2% раствором питьевой соды

Ежедневный уход за глазами включает
умывание лица водой из-под крана во время утреннего и вечернего туалета
промывание глаз раствором фурацилина
промывание глаз слабым раствором перманганата калия
ухода не требуется

Туалет ушей включает следующие процедуры
ежедневное мытьё ушей при умывании водой
ежедневное очищение наружного слухового прохода стерильной ватной турундой
периодическое очищение наружного слухового прохода стерильной ватной турундой
периодическое очищение наружного слухового прохода стерильной ватной турундой, смоченной физиологическим раствором

Для размягчения и удаления серной пробки в ухо закапывают
стерильный физиологический раствор
стерильную воду
3% раствор перекиси водорода
стерильное вазелиновое масло

Удаление корочек из полости носа проводят ватным жгутиком, смоченным стерильным физиологическим раствором

вазелиновым маслом
полуспиртовым раствором

Ножницы для стрижки ногтей при уходе за детьми должны быть
небольшого размера
с острыми краями
с закругленными краями
обработаны перед использованием спиртом
обработаны перед использованием путём кипячения
после использования замочены в дезинфицирующем растворе

Родители могут передать ребенку, находящемуся в больнице
Фрукты, ягоды
кисломолочные продукты
соки промышленного изготовления
соки и компоты домашнего приготовления
печенье, вафли, зефир
книги, игрушки

Больному ребенку запрещается передавать
шоколад
фрукты
молоко и молочные продукты
пирожные
печенье
книги и игрушки

Переданные ребенку фрукты, соки, овощи хранятся в
прикроватной тумбочке
специальном шкафу
холодильнике

Система обслуживания больных в больнице может быть
одноступенчатой (врач)
двухступенчатой (врач, медицинская сестра)
трехступенчатой (врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра)

В обязанности младшей медицинской сестры входит выполнение
влажной уборки помещений
смены нательного и постельного белья
пеленания и подмывания детей
раздачи лекарств

В обязанности младшей медицинской сестры входит
ежедневный гигиенический уход за детьми
подача судна, мочеприемника, их дезинфекция
раздача лекарств
контроль за санитарным состоянием палат и их уборка
подготовка детей к инструментальным методам исследования

В обязанности медицинской сестры входит

измерение температуры тела больного
ведение медицинской документации
выполнение назначений врача
уход за больными
назначение лекарственных средств

В обязанности медицинской сестры входит
сбор материала для анализов
сопровождение детей на исследования
выписка больного за нарушение режима
составление порционных требований на питание больных
разрешение на госпитализацию больных

В обязанности медицинской сестры входит
прием вновь поступивших в отделение детей
ознакомление детей с режимом дня
ознакомление детей с назначенными лекарственными препаратами
сбор материалов для анализов

Медицинская сестра в терапевтическом отделении должна уметь
кормить ребенка через зонд
давать лекарства через рот
транспортировать больного на исследование
проводить переливание крови

Медицинская сестра в терапевтическом отделении должна
ставить клизмы всех видов
проводить спинномозговую пункцию
проводить подкожные и внутримышечные инъекции
кормить тяжелобольных детей
проводить катетеризацию центральных вен

Медицинская сестра в терапевтическом отделении должна
оказывать доврачебную неотложную помощь
проводить с детьми лечебную физкультуру
лично участвовать в раздаче пищи
делать массаж

Прием ребенка в лечебное отделение осуществляет
врач
постовая медицинская сестра
младшая медицинская сестра
старшая медицинская сестра

При приеме ребенка в лечебное отделение медицинская сестра должна
отметить время поступления в истории болезни
передать телефонограмму в поликлинику
провести осмоТр волосистой части головы и кожи
познакомить ребенка с правилами пребывания в отделении

Прием и передача дежурства медицинскими сестрами проводятся
в палате у постели больного
на мед, сестринском посту

в кабинете врача

Заступающая на дежурство медицинская сестра обязана
провести обход больных совместно со сдающей медицинской сестрой
принять термометры, шприцы, медикаменты, предметы ухода
проверить наличие чистого белья
доставить сведения о движении больных в приемный покой

В журнале сдачи дежурств медицинская сестра отмечает
количество израсходованных лекарств за смену
сведения о движении больных (сколько выписано и принято)
количество использованного белья за смену
данные о подготовке больных к лабораторным и инструментальным исследованиям
объем невыполненных назначений у больных

К медицинским документам, с которыми работает палатная медицинская сестра, относятся:

история болезни
требование в аптеку
журнал сдачи дежурств
график дежурств и табель на зарплату
сестринский лист

На посту медицинской сестры должны быть
бланки анализов
ящики для хранения историй болезни
Шкаф для хранения медикаментов
шкаф для хранения шприцов
сейф для хранения сильнодействующих лекарств

Медицинская сестра на титульном листе истории болезни отмечает
время поступления больного в стационар
результат осмотра больного на педикулез
массу и рост ребенка при поступлении
время раздачи лекарственных препаратов
вид транспортировки больного

В листе врачебных назначений медицинская сестра отмечает
время поступления больного в отделение
результат осмотра больного на педикулез
массу и рост ребенка
время раздачи лекарственных препаратов
выполнение назначенных анализов

В температурном листе медицинская сестра отмечает
массу и рост ребенка
время поступления ребенка в отделение
температуру ребенка утром и вечером
дни приема ванн и смены белья
ежедневно стул ребенка

Массу ребенка следует измерять

при поступлении
каждые 3-5 дней
каждые 7-10 дней
каждые 12-14 дней

В журнале учета инфекционных больных указывается
Ф. И., возраст ребенка
дата выявления инфекционного заболевания, диагноз
температура тела ребенка
масса и рост ребенка
принятые меры

Раздачу лекарственных средств больному осуществляет
врач
постовая медицинская сестра
старшая медицинская сестра
младшая медицинская сестра
Контроль за хранением лекарственных средств на сестринском посту осуществляет
врач
медицинская сестра
старшая медицинская сестра
младшая медицинская сестра

В сейфе с надписью «А» находятся
ядовитые и наркотические лекарственные средства
сильнодействующие средства

В сейфе с надписью «Б» находятся
ядовитые и наркотические лекарственные средства
сильнодействующие средства

Для учета прихода и расхода ядовитых и сильнодействующих средств ведется специальный журнал
Да
Нет

Журнал для учета ядовитых и сильно- действующих средств хранится
1 год
3года
10 лет

Инъекционные растворы, настои, отвары, глазные капли, изготовленные в аптеке, хранятся
2 суток
3 суток
10 суток

Эмульсии, приготовленные в аптеке, хранятся
2суток
3 суток
10 суток

Настои и отвары, приготовленные в аптеке, некоторые антибиотики хранятся
в шкафу
в холодильнике
в сейфе

Укажите допущенные ошибки при хранении лекарств

хранение лекарственных средств вместе с дезинфекционными средствами
хранение некоторых лекарственных средств, приготовленных в аптеке, в холодильнике
переливание лекарственных средств из одной ёмкости в другую
хранение лекарственных средств с сильным запахом в отдельном шкафу
переклеивание этикеток на лекарственных средствах

Водного раствора в чайной ложке

5 мл
10 мл
15 мл

Водного раствора в десертной ложке

5 мл
10 мл
15 мл

Водного раствора в столовой ложке

5мл
10мл
15мл

Диета - это рацион питания ребенка, включающий
количественные соотношения пищевых веществ
качественные соотношения пищевых веществ
способы кулинарной обработки
интервалы в приеме пищи
место приема пищи

Диеты делятся на
индивидуальные
групповые
общие
регламентированные
свободные

Диету № 1 назначают при
язвенной болезни и обострении хронического гастродуоденита
энтероколитах
заболеваниях печени и желчевыводящих путей

Диету № 2 назначают при
гастритах, гастродуоденитах и колитах в период выздоровления
колитах с запорами
заболеваниях печени

Диету №3 назначают при

жидком стуле
запорах
язвенной болезни

Диету № 4 назначают при
заболеваниях печени и желчевыводящих путей .
уратурии
заболеваниях кишечника, сопровождающихся поносами (энтероколитах)

Диету № 5 назначают при
заболеваниях печени и желчевыводящих путей
уратурии
заболеваниях кишечника, сопровождающихся запорами
пиелонефрите

Диету № 6 назначают при
заболеваниях печени и желчевыводящих путей
уратурии
ожирении

Диету № 7 назначают при
ожирении
нефрите
заболеваниях печени и желчевыводящих путей

Диету № 8 назначают при
ожирении
уратурии
сахарном диабете

Диету № 9 назначают при
ожирении
сахарном диабете
уратурии

Диету № 10 назначают при
сахарном диабете
заболеваниях сердечно-сосудистой системы
ожирении

Диету № 11 назначают при
повышенной кровоточивости
анемиях
истощении

Диету №13 назначают при
острых инфекционных заболеваниях
анемиях
сахарном диабете

Диету № 15 назначают для питания
лечебного

физиологического
детей от 3 до 15 лет
детей ясельного возраста

Диету № 16 назначают для питания
лечебного
физиологического
детей от 3 до 15 лет
детей ясельного возраста

В гипоаллергенной диете из рациона исключаются
шоколад
рыба
мясо
яйца
орехи

Необходимую диету больному ребенку назначает
лечащий врач
врач-диетолог стационара
медицинская сестра-диетолог
старшая медицинская сестра

В детских больницах пища готовится
централизованно на пищеблоке
по отделениям
Раздают пищу
буфетчицы
постовые медицинские сестры
врачи
младшие медицинские сестры

Раздача пищи детям должна быть закончена после ее приготовления не позднее, чем через
30 минут
1 час
2 часа
3 часа

Кормление тяжелобольных проводится
в столовой
на сестринском посту
в палате

Моечные ванны для грязной и чистой посуды должны быть
односекционными
двухсекционными
трехсекционными

Уборку буфета и столовой проводят
1 раз в день
2 раза в день
после каждой раздачи пищи

В буфете можно хранить
молочные продукты
хлеб (не более суток)
хлеб (не более 2-х суток)
сахар
чай

Режим обработки столовой посуды после использования в неинфекционном отделении включает
мытьё в дезинфицирующем растворе
мытьё в 2 % растворе горчицы или 1% растворе соды
сушку в сухожаровом шкафу
стерилизацию в автоклаве
Ополаскивание столовой посуды после мытья проводится
холодной водой
теплой водой (30°C)
горячей водой (60-65°C)
дезинфицирующим раствором

В сухожаровом шкафу сушат и дезинфицируют посуду при температуре
100°C
130°C
160°C

В сухожаровом шкафу сушат и дезинфицируют посуду в течение
15 минут
30 минут
45 минут

Для мытья столовой посуды используют
губки
мочалки
ветошь

После использования ветошь для мытья посуды
кипятят в течение 5 минут
кипятят в течение 10 минут
кипятят в течение 15 минут
или обеззараживают в 1% растворе хлорамина 30 минут
или обеззараживают в 1% растворе аламинола 60 минут

После раздачи остатки пищи хранить
разрешается
не разрешается
можно хранить отдельные блюда

Выдача передач детям проводится
после основного приема пищи
перед обедом и ужином
2 раза в день
3 раза в день

Атопический дерматит - это заболевание кожи
аллергического генеза
инфекционного генеза
паразитарного генеза

Атопический дерматит проявляется
покраснением и отечностью кожи
сухостью кожи
появлением гнойных пузырьков
зудом кожи

Причинно-значимыми аллергенами при атопическом дерматите чаще всего являются
рис, греча
яйца
шоколад
белокочанная капуста
рыба
орехи

При атопическом дерматите из рациона исключают
все облигатные аллергены
все выявленные аллергены
свежие овощи и фрукты
сладости

При наблюдении за ребенком с атопическим дерматитом мед. сестра
следит за соблюдением назначенной диеты
следит за переносимостью продуктов питания
назначает лечебные процедуры по уходу за кожей
следит за состоянием кожи, стулом
контролирует частоту пульса и дыханий

При мокнущей экземе для лечения предпочтительнее использовать
мази
болтушки-суспензии
примочки с лекарственными средствами

Для примочек используют
раствор лекарственного средства в дистиллированной воде
марлевые салфетки из 2-3 слоев
марлевые салфетки из 4-5 слоев

Марлевые салфетки, смоченные в лекарственном растворе для примочек, меняют каждые
5 мин
10-15 мин
15-20 мин
20-30 мин
30-60 мин

Нанесение на пораженные участки кожи мази, пасты, болтушки (смазывание) проводится при

необходимости
длительного воздействия на пораженный очаг
короткого воздействия на пораженный очаг
Мазь, паста, болтушки наносятся на пораженные участки кожи
при помощи марлевого (ватного) тампона
при помощи шпателя
непосредственно руками мед. сестры

Мазевые повязки накладываются на пораженный очаг при необходимости
длительного воздействия
короткого воздействия
При наложении маевой повязки на пораженный очаг используют
марлевую салфетку
компрессную бумагу
вату
бинт
гипсовую лангету

При наложении влажновысыхающей повязки на пораженный очаг используют
марлевую салфетку из 4-5 слоев
марлевую салфетку из 8-10 слоев
компрессную бумагу
вату
бинт

Лечебные ванны отличаются от гигиенических тем, что
проводятся ежедневно
проводятся через день
проводятся по мере необходимости
в воду добавляется лекарственное средство

При заболеваниях кожи лечебные ванны проводятся с добавлением в воду чаще всего
крахмала или отрубей'
раствора перманганата калия
раствора фурацилина
настоя ромашки или череды
настоя мяты

Лечебные крахмальные ванны используются для
подсушивания кожи
смягчения кожи
снятия зуда
дезинфекции кожи

Лечебные ванны со слабым раствором перманганата калия используются для
подсушивания кожи
смягчения кожи
снятия зуда
дезинфекции кожи

Лечебная ванна с настоем ромашки используется для
подсушивания кожи

снятия зуда
снятия воспалительных явлений
дезинфекции кожи

Потница развивается вследствие
раздражения выводных протоков сальных желез
раздражения выводных протоков потовых желез
перегревания ребенка
переохлаждения ребенка
дефектов ухода за кожей

Элементы ухода и лечения кожи детей при потнице включают
устранение дефектов ухода
мазевые повязки
лечебные ванны с крахмалом
лечебные ванны с раствором перманганата калия

Пиодермия - это поражение кожи
вирусное
гнойничковое бактериальное
аллергическое
паразитарное
грибковое

Местное лечение при пиодермии включает
устранение дефектов ухода за кожей
лечебную ванну с раствором перманганата калия
содовую лечебную ванну
смазывание элементов 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого
смазывание элементов спиртовым раствором йода

При пиодермии здоровые участки кожи вокруг пораженных обрабатывают
1% спиртовыми растворами анилиновых красителей
2% салициловым спиртом
хлоргексидиновым спиртом
1% раствором перманганата калия

Опрелость (пеленочный дерматит) - это воспалительный процесс на коже, проявляющийся
покраснением кожи
мокнутием кожи
гнойничковыми элементами
эрозиями
сыпями (пятна и папулы)

Опрелости чаще появляются
в кожных складках
на лице
на руках
на ягодицах и в промежности

Уход за кожей ребенка при опрелостях включает
частое пеленание
редкое пеленание
использование памперсов
отказ от регулярного использования памперсов
лечебные ванны с отваром ромашки, череды
обработку пораженной кожи специальными детскими кремами

Если опрелость сопровождается мокнутием, показаны
смазывание пораженных участков вазелиновым маслом
УФО пораженных участков
аэрация
местные лечебные ванны с отваром коры дуба

Обработка волосистой части головы при гнейсе включает
смазывание корочек стерильным вазелиновым маслом
накладывание масляной повязки на всю ночь
накладывание масляной повязки на 2-3 часа
накладывание примочек с раствором фурацилина
после обработки мытьё головы с удалением корочек

Молочница - это грибковое поражение слизистой оболочки полости рта и языка, проявляющееся
покраснением
появлением бело-серого налета
изъязвлением

Лечение молочницы включает смазывание слизистых оболочек ротовой полости и языка
6% раствором соды
отваром ромашки
1% водным раствором бриллиантового зеленого
использование противогрибковых препаратов по назначению врача

Развитию грибковых поражений кожи и слизистых оболочек (кандидоз) у детей способствуют
предрасположенность к аллергии
дефекты ухода за кожей
лечение антибиотиками
снижение иммунитета

Уход и лечение при грибковых поражениях кожи у детей включает:
регулярные гигиенические ванны
устранение дефектов ухода за кожей
смазывание пораженных участков хлоргексидиновым спиртом
смазывание пораженных участков 1% водным раствором бриллиантового зеленого
использование противогрибковых мазей и препаратов по назначению врача

Чесотка - это заболевание кожи, вызываемое
бактериями
вирусами
грибками
клещами

вшами

Чесотка передается
контактно-бытовым путем
при чихании и кашле
орально-фекальным путем
при использовании белья, предметов гигиены и постельных принадлежностей больного

Для лечения чесотки используют
20% водно-мыльную суспензию бензилбензоата
20% мазь бензилбензоата
хлоргексидиновый спирт
спиртовой раствор бриллиантового ' зеленого
аэрозоль «Спрегаль»

Для лечения чесотки 20% мазь бензилбензоата втирают в кожу
только пораженных участков
по всей поверхности тела
по всей поверхности тела, кроме головы, лица, шеи

Чтобы добиться эффекта при лечении
чесотки, следует
лечить только больного ребенка
лечить одновременно с больным ребенком всех, кто живет рядом
дезинфицировать одежду и постельные принадлежности
дезинфицировать одежду и постельные принадлежности не следует
лечить контактных детей, жалующихся на зуд (при подозрении на чесотку)

одышка
затрудненный выдох
головокружение
цианоз кожи и слизистых оболочек
учащенные сердцебиений
уреженные сердцебиений
отеки

Двигательный режим для детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы определяется
давностью заболевания
степенью сердечной недостаточности
самочувствием ребёнка
тяжестью острой сосудистой недостаточности

При постельном режиме физиологические отправления ребенок осуществляет
в туалете
на подкладном судне
на горшке около кровати

При строгом постельном режиме ребенок не должен
ходить в туалет
принимать пищу за прикроватным столиком
вставать с кровати на горшок

принимать гигиеническую ванну

При постельном режиме ребенок может
сидеть в постели
вставать с кровати на горшок
есть за столом в палате
принимать гигиеническую ванну

При полупостельном режиме ребенок не должен
принимать пищу в постели
ходить в туалет
ходить по палате и коридору
принимать гигиеническую ванну

Для облегчения состояния тяжелому больному с сердечной недостаточностью следует придать
положение
лежа на спине
лежа на боку
полусидя
сидя

У детей старше 1,5 лет характеристики пульса определяют на
височной артерии
лучевой артерии
бедренной артерии

Аритмия-это:
различие пульса на двух руках
одинаковые промежутки времени между пульсовыми толчками
неодинаковые промежутки времени между пульсовыми толчками
различие пульса на руках и ногах

Артериальное давление измеряют в положении
сидя
лежа
стоя

Систолическое средневозрастное давление рассчитывается у детей старше 1 года по формуле,
где p - возраст в годах

$60 + p$

$90 - 2p$

$60 + 2p$

$90 - p$

Диастолическое средневозрастное давление можно рассчитать по формуле, где p - возраст в
годах

$90 - p$

$90 - 2p$

$60 - 2p$

$60 - p$

Систолическое давление регистрируют при аускультации над локтевой артерией

по исчезновению тонов при накачивании манжетки тонометра
по исчезновению тонов при снижении давления в манжетке тонометра
по появлению первых тонов при снижении давления в манжетке
Диастолическое давление регистрируют при аускультации над локтевой артерией
по появлению первых тонов при снижении давления в манжетке тонометра
по полному исчезновению тонов при снижении давления в манжетке тонометра
по исчезновению тонов при накачивании манжетки тонометра

Диета ребенка при сердечной недостаточности должна
быть с умеренным ограничением белков и жиров
содержать большое количество белков
быть с ограничением количества выпитой жидкости
учитывать количество выпитой и выделенной жидкости
быть с ограничением количества поваренной соли
быть с ограничением продуктов, богатых калием

Для облегчения состояния больного при сердечной недостаточности необходимо
поднять ножной конец кровати
поднять головной конец кровати
укрыть ребенка теплым, но легким одеялом
проводить кислородотерапию
проводить контрастные ножные ванны

Симптомами острой сосудистой недостаточности являются
резкая бледность кожи и слизистых оболочек
гиперемия кожи
слабость
холодная кожа конечностей
повышение температуры тела
потеря сознания

Доврачебная помощь больному при обмороке включает
создание горизонтального положения с приподнятой головой и грудью
создание горизонтального положения с головой, опущенной ниже ног
ослабление стягивающих частей одежды
обтирание кожи теплой водой
создание притока свежего воздуха

При обмороке до прихода врача больному необходимо
опрыскать лицо и грудь холодной водой
обтереть тело холодной водой
дать подышать парами нашатырного спирта
согреть тело грелками
обложить ноги пузырями-со льдом

При коллапсе до прихода врача следует
удобно усадить больного
уложить больного горизонтально, приподняв ножной конец кровати
тепло укрыть больного
согреть больного грелками
обложить больного пузырями со льдом
подготовить набор для инъекций

Боли в области сердца у детей возникают
часто
редко
чаще из-за расстройства нервной регуляции
чаще из-за спазма венечных артерий

При пароксизмальной тахикардии у больного развиваются
частые сердцебиения
страх
головокружение
сдавление в груди

При приступе пароксизмальной тахикардии у ребенка необходимо
сообщить врачу
напоить больного горячим чаем
подготовить все необходимое для введения лекарств
согреть больного грелками
использовать приемы, раздражающие блуждающий нерв

При проведении непрямого массажа сердца необходимо
уложить больного на кровать
уложить больного на твердую поверхность
надавливать ладонью на нижнюю треть грудины
надавливать ладонью на мечевидный отросток грудины

У новорожденных и детей первых месяцев жизни не прямой массаж сердца проводится
ладонью одной руки
двумя ладонями
большими пальцами обеих рук
указательным и средним пальцами одной руки (кончиками пальцев)

У детей старше 1 года не прямой массаж сердца проводится
ладонью одной руки
двумя ладонями
двумя большими пальцами рук

У новорожденных и грудных детей при не прямом массаже сердца смещение грудины должно
быть
не более 1-2 см
не менее 1 - 2 см
не более 3 - 4 см
не менее 3 - 4 см

При не прямом массаже сердца у детей старше 1 года смещение грудины должно быть
1-2 см
2-3 см
3-4 см
4-6 см

У детей старшего возраста частота надавливаний на грудную клетку при проведении непрямого

массажа сердца должна составлять в 1 минуту не менее

30

50

70

100

У детей 1-го года жизни частота надавливаний на грудную клетку при проведении непрямого массажа сердца должна составлять в 1 минуту не менее

50

70

100

100-150

150-200

Об эффективности непрямого массажа сердца свидетельствуют

повышение температуры тела

повышение артериального давления

появление розовой окраски кожи и видимых слизистых оболочек

восстановление самостоятельного дыхания

К респираторным заболеваниям детей относятся

ОРВИ

пневмония

бронхит

гепатит

бронхиальная астма

Палаты для детей грудного возраста с заболеваниями органов дыхания должны быть на

1-2 койки

2-4 койки

4-6 коек

Температура в палатах для детей с заболеваниями органов дыхания должна быть

15-18°C

18-20°C

20-25X

Проветривать палаты для детей с заболеваниями органов дыхания необходимо не менее

2-3 раз в день

3-5 раз в день

5-6 раз в день

Для поражения органов дыхания у детей характерны следующие симптомы

одышка

насморк

боли в животе

кашель

отеки

При бронхитах, пневмонии для облегчения дыхания ребенку следует

придать полусидячее положение с приподнятым головным концом кровати

опустить головной конец кровати
чаще менять положение в кровати
создать полный покой, запретить движения

В диете детей с заболеваниями органов дыхания следует предусмотреть
снижение объема пищи
увеличение объема пищи
учащение числа кормлений
уменьшение числа кормлений
увеличение количества жидкости
уменьшение количества жидкости

Ларингоспазм - это
воспалительное заболевание гортани
внезапное значительное сужение просвета гортани
порок развития гортани

Неотложная доврачебная помощь при ларингоспазме
похлопать ребенка по щекам
дать воды
срочно вызвать врача
опрыскать лицо холодной водой
сделать очистительную клизму

При попадании инородного тела в дыхательные пути ребенка медицинской сестре следует
дать ребенку кислород
придать ребенку положение головой вниз и постучать по спине
проводить дыхание «рот в рот»
срочно вызвать врача

При попадании инородного тела в носовые ходы ребенка необходимо
закапать в нос персиковое масло
удалить инородное тело пинцетом
плотно закрыв одну ноздрю, попросить ребенка высморкаться
срочно вызвать врача

Отит-это
порок развития уха
воспаление уха
воспаление миндалин
осложнение или проявление респираторной инфекции

Капли, вводимые в наружный слуховой проход, должны быть подогреты на водяной бане до
комнатной температуры (22-24°C)
температуры тела (36-37°C)
38-40X

Полуспиртовой компресс на область уха показан при
катаральном отите
гнойном отите

Перед введением капель в нос ребенку
носовые ходы следует очистить
носовые ходы очищать не нужно
голову запрокинуть назад
голову запрокинуть назад и набок
приподнять кончик носа
опустить кончик носа

После закапывания капель в носовой ход следует оставить голову ребенка в том же положении
на
1-2 минуты
2-4 минуты
5-7 минут
7-10 минут

Капли, вводимые в нос, в конъюнктивальный мешок глаз, должны быть подогреты на водяной бане до
температуры тела (36-37°C)
комнатной температуры (22-24X)
38-40T

Полоскание зева и глотки можно проводить детям с
1 года
3-4лет
6- 8 лет
10 лет

При введении капель в наружный слуховой проход детям старше 2-х лет следует
уложить ребенка на спину
уложить или усадить ребенка так, чтобы больное ухо было сверху
ушную раковину слегка оттянуть кзади и вверх
ушную раковину слегка оттянуть кзади и вниз

При наличии гнойных выделений из уха для очистки в наружный слуховой проход закапывают
вазелиновое масло
3% раствор перекиси водорода
стерильную воду

После введения капель в ухо следует оставить голову ребенка в том же положении на
5 минут
5-10 минут
10-15 минут
10-20 минут

Согревающий компресс на ухо состоит из слоев
1-го
2-х
3-х
4-х

Согревающий компресс на ухо оставляют на

1-2 часа
2-4 часа
4-8 часов
8-12 часов

При постановке согревающего компресса на ухо внутренняя марлевая салфетка состоит из 1-2 слоев
состоит из 3-4 слоев
на 2-3 см меньше продольного размера ушной раковины
на 2-3 см больше продольного размера ушной раковины
имеет разрез посередине
разрез посередине не нужен

Внутренний слой согревающего компресса на ухо накладывается
вокруг ушной раковины
на ушную раковину

Наружный слой согревающего компресса на ухо накладывается
вокруг ушной раковины
на ушную раковину

При постановке согревающего компресса на ухо внутреннюю салфетку можно смочить спиртом
полуспиртовым раствором
камфорным спиртом
8% раствором уксуса

Наружный слой согревающего компресса представляет собой слой ваты толщиной
1-2 см
2-3 см
3-5 см
5-7 см

При наличии отделяемого при конъюнктивите глаза очищают стерильным ватным тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором
от наружного угла глаза к внутреннему
от внутреннего угла глаза к наружному
При обработке глаз при конъюнктивите используют стерильный ватный тампон
отдельный для каждого глаза
один тампон на оба глаза

При введении капель в конъюнктивальный мешок используют пипетку
с острым вытянутым концом
с закругленным концом
прокипяченную перед использованием
промытую водой перед использованием

При введении капель в конъюнктивальный мешок нижнее веко следует оттянуть пальцами
пальцами с помощью стерильного ватного тампона
Глазную пипетку для закапывания при заполнении лекарственным раствором следует держать вертикально

горизонтально
наклонно

Одышка-это
остановка дыхания
нарушение частоты дыхания
чувство нехватки воздуха
затруднение дыхания с нарушением глубины, ритма и частоты

Помощь при одышке включает
освобождение дыхательных путей от слизи и мокроты
тугое пеленание ребенка
приподнятое положение головы и груди ребенка
подачу увлажненного кислорода

К мероприятиям, улучшающим отхождение мокроты, относятся
теплое щелочное питье;
лекарственные средства, разжижающие мокроту
лекарственные средства, подавляющие кашель
вибрационный массаж

Постуральный дренаж делают для лучшего отхождения
мочи
мокроты
газов и каловых масс

Постуральный дренаж предусматривает
проведение ингаляций
увеличение глубины дыхания
создание вынужденного положения тела головой вниз
создание вынужденного положения тела с головой, приподнятой вверх

Постуральный дренаж проводят
1 раз в день в течение часа
2-3 раза в день по 20-30 минут
постоянно

Стимуляция активного кашля у детей раннего возраста достигается путем
массажа грудной клетки
нажатия на крылья носа
нажатия шпателем на корень языка

О ложном крупе (остром стенозирующем ларинготрахеите) свидетельствует появление
приступообразного лающего кашля
осиплости голоса
одышки с затрудненным выдохом
одышки с затрудненным вдохом

Неотложная доврачебная помощь при ложном крупе включает проведение
ножной горячей ванны
ингаляции теплого влажного воздуха;

согревающего компресса на область гортани
при необходимости ИВЛ

При ложном крупе до прихода врача необходимо
успокоить ребенка

дать теплое щелочное питье
дать теплое подкисленное питье
обеспечить приток свежего воздуха
провести теплую ванну

Тепловые процедуры на область грудной клетки (банки, горчичники, масляные обертывания)
можно проводить при температуре тела не выше

37°C;
37,5°C;
38°C;
38,5°C

При проведении ИВЛ частота вдуваний воздуха в дыхательные пути в 1 минуту у ребенка
грудного возраста должна быть не менее

20
40
50
60

При проведении ИВЛ у детей старшего возраста частота вдувания воздуха в дыхательные пути в
1 минуту должна быть не менее:

20
30
40

Для эффективного проведения ИВЛ необходимо
уложить ребенка на наклонную поверхность
уложить ребенка на спину с откинутой назад головой
очистить полость носо-ротоглотки (салфеткой или отсосом)
фиксировать язык

Критериями эффективности ИВЛ являются
исчезновение синюшной окраски кожи и слизистых оболочек
появление кашля
движения грудной клетки при вдохе
дыхательный шум при выдохе

Подача кислорода (оксигенотерапия) больному с дыхательной недостаточностью возможна
через лицевую маску
через носовой катетер
в кислородную палатку (пластмассовый колпак, закрывающий голову и часть грудной клетки
ребенка)
через катетер, лежащий рядом с головой ребенка.

Кислород при проведении оксигенотерапии должен подаваться
увлажненным
осушенным

в смеси с воздухом
в чистом виде

При проведении оксигенотерапии объемная скорость подачи кислорода в аппарат Боброва в 1 минуту составляет

1-2л

2-4л

4-6 л

Мазки из зева и носа на бактериологическое исследование берут стерильным шпателем

тампоном на металлическом стержне
стеклянной палочкой

Взятие мазка из зева на бактериологическое исследование проводится после завтрака

натощак

до чистки зубов