федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИИ**

по специальности

**31.08.13 ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.13 «Детская кардиология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

**1.Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по клинической практике: неотложная помощь в педиатрии содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ПК-5**: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

**ПК-6**: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи.

**2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по клинической практике: неотложная помощь в педиатрии в форме зачета с оценкой проводится по контролю освоения практических навыков и практического опыта, отраженных в дневнике и отчете о прохождении клинической практики (***образцы дневника и отчета с перечнем практических навыков представлены в методических рекомендациях для ординаторов по прохождению практики***).

**Критерии оценивания на зачете по практике**

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»**.** Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»**.** Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

**Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта**

**Тестовый контроль:**

1. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

* Определение уровня глюкозы в крови
* Определение уровня глюкозы в моче
* Определение кетоновых тел в моче
* Определение кетоновых тел в крови

2. К УРГЕНТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

* Полидиспия
* Запах ацетона в выдыхаемом воздухе
* Расстройства сознания
* Признаки дегидратации

3. НЕОТЛОЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

* ЭКГ
* Исследование уровня гликемии глюкометром
* Исследование кетонурии
* Исследование кетонемии

4. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

* дефицит инсулина
* дефицит глюкагона
* избыток инсулина
* избыток глюкагона

5. ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

* травмы головного мозга
* незрелости структур головного мозга
* повреждения мозговых структур свободным билирубином
* дегенерации передних рогов спинного мозга

6. СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

* кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
* потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
* пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
* неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия

7. НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО КЕТОАЦИДОЗА У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ С:

* Регидратации путем внутривенного введения глюкозо-солевых растворов
* Введения инсулина внутривенно
* Введения 40% глюкозы внутривенно
* Введения диуретиков

8. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЫСТРОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО КЕТОАЦИДОЗА У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

* Отек головного мозга
* Гемолиз
* Усугубление кетоацидоза
* Гипогликемия

9. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ РЕКОМЕНДУЮТСЯ РАСТВОРЫ ГЛЮКОЗЫ

* 10-30%
* 5%
* 10%
* 2,5%

10. ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА

* Госпитализация
* терапия на дому врачом-педиатром
* консультация невролога в плановом порядке
* консультация психиатра

11. ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

* фуросемид
* гормоны
* гемодез
* препараты калия

12. НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

* кома
* сомнолентность
* оглушение
* сопор

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

* инфекционное заболевание
* отравление
* опухоль головного мозга
* травма головы

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

* отравление
* инсульт
* травма головы
* инфекционное заболевание

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

* травма головы
* отравление
* опухоль головного мозга
* инфекционное заболевание

16. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

* спазмофилии
* гипервитаминозе Д
* гиперпаратиреозе
* фосфат-диабете

17. СУЛЬФАТ МАГНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ СРЕДСТВО В ДОЗЕ \_\_\_\_\_ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ

* 50
* 100
* 30
* 10

18. СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ СУДОРОГАХ

* гипомагнезиемических
* гипогликемических
* гипокальциемических
* обусловленных гипоксически-ишемической энцефалопатией

19. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ

* Диазепама
* Фуросемида
* Преднизолона
* Парацетамола

20. К ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

* Вальпроевая кислота
* Глицин
* Гопантеновая кислота
* Галоперидол

21. ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* гипокальциемия
* гиперкальциемия
* гипофосфатемия
* гипокалиемия

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

* фебрильные судороги при вирусных инфекциях
* эпилепсия
* травма головного мозга
* острое отравление

23. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

* Кальция глюконата
* Неостигмина метилсульфата
* Лидокаина
* Метамизола натрия

24. ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ?

* ателектаз легкого
* лобарная эмфизема
* гидропневмоторакс
* метапневмонический плеврит

25. ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

* травмы головного мозга
* незрелости структур головного мозга
* повреждения мозговых структур свободным билирубином
* дегенерации передних рогов спинного мозга

26. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

* деформацию конечности
* боль при пальпации
* повышение температуры тела
* ссадины на конечностях

27. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

* напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
* локальная боль и рвота
* напряжение мышц брюшной стенки и рвота
* симптом Щеткина-Блюмберга и рвота

28. СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

* кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
* потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
* пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
* неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия

29. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* ото-рино-ликворея
* потеря сознания
* очаговая неврологическая симптоматика
* многократная рвота

30. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* фиксированное инородное тело гортани
* инородное тело главного бронха
* инородное тело сегментарного бронха
* фиксированное инородное тело трахеи

31. ЗНАЧЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНО

* является достоверным признаком смерти
* является показание для проведения СЛР
* является показанием для проведения непрямого массажа сердца
* препятствует формированию посмертных повреждений

32. ПРИ УТОПЛЕНИИ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ РАЗВИВАЮТСЯ

* гиперволемия, гипонатриемия, гемолиз эритроцитов, почечная недостаточность
* гиповолемия, ацидоз, дыхательная недостаточность
* гиперволемия по малому кругу, гиперкалиемия, сердечно-сосудистая недостаточность
* гиповолемия, гипернатриемия, метаболический ацидоз

33. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

* «немое легкое»
* ослабленное дыхание
* жесткое дыхание
* везикулярное дыхание

34. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

* падением артериального давления
* свистящими хрипами
* влажными хрипами в легких
* сухими хрипами в легких

35. СООТНОШЕНИЕ НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ И ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:

* 15:2
* 3:1
* 10:1
* 5:1

36. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

* Адреналин и атропин
* Адреналин, атропин и гидрокарбонат натрия
* Адреналин, атропин и кордарон
* Кордарон и адреналин

37. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ

* Внутривенный
* Внутрикостный
* Эндотрахеальный
* Внутрисердечный

38. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

* Отек легких
* Асцит
* Анасарка
* Цирроз печени

39. ДОЗИРОВКА АДРЕНАЛИНА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ И ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ:

* 0,01 мг/кг (0,01 мл/кг 1:10000)
* 0,1 мг/кг (0,1 мл/кг 1:10000)
* 1 мг/кг (1 мл/кг 1:10000)
* 10 мг/кг (1 мл/кг 1:1000)

40. ДОЗИРОВКА АТРОПИНА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ И ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ:

* 0,02 мг/кг
* 0,05 мг/кг
* 0,1 мг/кг
* 0,2 мг/кг

41. ПРИ ЭНДОТРАХЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ВО ВРЕМЯ СЛР ДОЗИРОВКА СОСТАВЛЯЕТ:

* 0,1 мг/кг (0,1 мл/кг 1:1000)
* 1 мг/кг (1 мл/кг 1:1000)
* 0,2 мг/кг (0,2 мл/кг 1:1000)
* 0,5 мг/кг (0,5 мл/кг 1:1000)

42. ПРИ ЭНДОТРАХЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ВО ВРЕМЯ СЛР ОБЯЗАТЕЛЬНО:

* вводить в разведенном виде в 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия с последующим проведением ИВЛ (не менее 5 вдохов).
* вводить в разведенном виде в 5 мл 5% раствора глюкозы с последующим проведением ИВЛ (не менее 5 вдохов).
* вводить в неразведенном виде с последующим проведением ИВЛ (не менее 5 вдохов).
* вводить в разведенном виде в 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия

43. ПОКАЗАНИЯ К ДОСТАВКЕ В СТАЦИОНАР РЕБЕНКА С ОЖОГАМИ:

* Все перечисленное
* химические, электроожоги
* ожоги III— IV степени
* ожоги лица, крупных суставов, кистей и стоп, промежности

44. РЕБЕНОК С ДИАГНОЗОМ «ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ» ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

* в детском хирургическом стационаре
* в педиатрическом стационаре
* на дому
* в поликлинике по месту жительства

45. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

* гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
* гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
* циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
* гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов

46. ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

* на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
* на щите, на животе
* на носилках в положении «лягушки»
* на боку на носилках

47. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ

* на границе средней и нижней трети грудины
* с обеих сторон грудной клетки
* в пятом межреберном промежутке слева
* на верхней части грудины

48. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

* возвышенном на больном боку
* горизонтальном
* лежа на здоровом боку
* сидя

49. ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

* строго сидя
* лежа
* на боку
* лежа на животе

50. ЗАДАЧЕЙ «А» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* восстановление проходимости дыхательных путей
* коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
* тактильная стимуляция дыхания
* восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких

51. ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В

* наложении термоизолирующей повязки
* растирании конечности спиртом
* растирании снегом и шерстью
* погружении в теплую воду

52. ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
* восстановление проходимости дыхательных путей
* коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
* проведение непрямого массажа сердца

53. ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 4 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА

* трахеотомия
* ларингоскопия
* ингаляция с беродуалом
* ингаляция с глюкокортикоидами

54. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

* гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
* гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
* циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
* гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов

55. ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

* на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
* на щите, на животе
* на носилках в положении «лягушки»
* на боку на носилках

56. У РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО АНТИАРИТМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ЗАПРЕЩЕНО НАЗНАЧАТЬ ПРЕПАРАТЫ:

* **Удлиняющие интервал QT**
* Укорачивающие интервал QT
* Удлиняющие интервал PQ
* Ограничения отсутствуют

57. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

* **длительная стойкая тахикардия**
* глухость сердечных тонов
* нерегулярный сердечный ритм
* дующий систолический шум в сердце

58. ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ИНТЕРВАЛ PQ

* **укорочен**
* не изменен
* незначительно увеличен
* изменяется во времени

59. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

* **корригированной транспозиции магистральных сосудов**
* дефекте межжелудочковой перегородки
* стенозе легочной артерии
* клапанном стенозе аорты

60. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

* **ЧСС 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS**
* ЧСС 130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS
* ЧСС 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
* ЧСС 150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий комплекс QRS

61. ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ С

* **0,10**
* 0,14
* 0,18
* 0,22

62. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

* **удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)**
* прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
* выпадение комплекса QRS
* атриовентрикулярная диссоциация

63. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

* **прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу**
* удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
* выпадение комплекса QRS
* атриовентрикулярная диссоциация

64. ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

* **выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста**
* отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
* наличие АВ-диссоциации
* выявление деформации и расширения QRS

65. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО

* **на ЭКГ**
* при пальпации верхушечного толчка
* при аускультации
* по пульсу на крупных артериях

66. НА ПРИЕМ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОБРАТИЛСЯ МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТАХИКАРДИЮ. ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫЙ СОКРАЩЕНИЙ 180 В МИНУТУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

* **ЭКГ**
* ЭХО КГ
* СМАД
* рентгенографию органов грудной клетки

67. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ

* **вагальных проб**
* нагрузочных проб
* пробы Мак-Клюра-Олдрича
* добутаминовой пробы

68. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **аденозин**
* амиодарон
* лидокаин
* верапамил

69. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ

* **пароксизмальной тахикардии**
* ревматизма
* гипертрофической кардиомиопатии
* перикардита

70. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **Радиочастотная аблация очага ЖТ**
* Медикаментозная терапия
* Санаторно-курортное лечение
* Постановка кардиовертера-дифибрилятора

71. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

* **АТФ (аденозин)**
* Кордарон
* Дигоксин
* Новокаинамид

72. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ С:

* **Вагусных проб**
* Введения АТФ
* Введения кордарона
* Введения дигоксина

73. ДОЗИРОВКА АТФ ПРИ КУПИРОВАНИИ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА НА ОДНО ВВЕДЕНИЕ

* **0,1 мг/кг**
* 0,3 мг/кг
* 0,2 мг/кг
* 0,15 мг/кг

74. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ:

* **5-10 мг/кг в течение 30-60 минут**
* 10-15 мг/кг в течение 30-60 минут
* 15 мг/кг в течение 30 минут
* 10 мг/кг внутривенно медленно

75. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **Лидокаин**
* Кордарон
* АТФ
* Новокаинамид

76. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **Синхронизированная кардиоверсия**
* Медикаментозная терапия
* Вагусные пробы
* Сердечно-легочная реанимация

77. ДОЗИРОВКА ЛИДОКАИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОЕ ВВЕДЕНИЕ

* **1 мг/кг**
* 2 мг/кг
* 3 мг/кг
* 5 мг/кг

78. ОБЩАЯ ДОЗИРОВКА ЛИДОКАИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

* **Не более 3 мг/кг**
* Не более 5 мг/кг
* Не более 10 мг/кг
* Не более 15 мг/кг

79. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ:

* **5-10 мг/кг в течение 30-60 минут**
* 10-15 мг/кг в течение 30-60 минут
* 15 мг/кг в течение 30 минут
* 10 мг/кг внутривенно медленно

80. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ:

* **5-15 мкг/кг/мин в течение нескольких часов**
* 15-20 мкг/кг/мин в течение нескольких часов
* 50-150 мкг/кг/мин в течение нескольких часов
* 15-35 мкг/кг/мин в течение нескольких суток

81. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ ЧСС БОЛЕЕ:

* **200 в минуту**
* 250 в минуту
* 300 в минуту
* 120 в минуту

82. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА ПРИСТУПОВ МОРГАНИ-АДАМСА-СТОКСА РЕБЕНОК ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН:

* **На имплантацию кардиостимулятора**
* В кардиологическое отделение по месту жительства
* На санаторно-курортное лечение
* В лечении не нуждается

83. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

* **Все перечисленные**
* Атропин
* Изопреналин
* Адреналин

84. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ

* **вагальных проб**
* нагрузочных проб
* пробы Мак-Клюра-Олдрича
* добутаминовой пробы

85. НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

* **Аденозина**
* Изоптина
* Лидокаина
* Атропина

86. ВОЗМОЖНОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

* **не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков**
* 3-4
* 5
* 2-3

***По видам профессиональной деятельности:***

1. ***Профилактическая деятельность***.

1.1. Проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению.

2. ***Диагностическая деятельность***.

2.1. Диагностика неотложных состояний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам педиатрического профиля.

2.4. Проведение медицинской экспертизы.

3. ***Лечебная деятельность***.

3.1. Оказание специализированной медицинской помощи при заболеваниях, состояниях, клинических ситуациях, требующих оказания неотложной помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), стандартами и порядками оказания медицинской помощи пациентам педиатрического профиля.

4. ***Организационно-управленческая деятельность***.

4.1. Оформление и направление в учреждение Роспотребнадзора экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания.

4.2. Определение показаний для госпитализации и ее организация с учетом маршрутизации.

4.3. Организация мониторинга побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств.

4.4. Организация мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению (школы здоровья, школы для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения и др.).

4.5. Оформление медицинской документации установленного образца в рамках должностных обязанностей врача педиатра поликлиники и врача-ординатора отделения стационара.

**Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

| **№** | **Проверяемая компетенция** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **ПК-5**: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | Знать:  Особенности клиники и диагностики неотложных заболеваний и состояний у детей | Тестовые задания |
| Уметь  диагностировать заболевания и патологические состояния пациентов;  провести диагностику неотложных состояний;  провести диагностику беременности;  провести медицинскую экспертизу. | Практические задания пункта №2 |
| Владеть пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования для диагностики терапевтических заболеваний и патологических состояний. | Практические задания пункта №2. |
| Иметь практический опыт | Анализ дневника клинической практики |
| 2 | **ПК-6**: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи. | Знать:  Особенности ведения неотложных состояний у детей | Тестовые задания |
| Уметь  определять методы лечения и тактику ведения пациентов | Практические задания пунктов №1, 3, 4 |
| Владеть  алгоритмами ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при терапевтических заболеваниях | Практические задания пунктов №1, 3, 4 |
| Иметь практический опыт | Анализ дневника клинической практики |