

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

МОУ ВО Кыргызско-Российский Славянский университет  
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



## Педиатрия

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за **Педиатрии**

Учебный план о310819\_24\_12 пед.plx  
Специальность 31.08.19 - РФ, 092 - КР Педиатрия

Квалификация **ВРАЧ-ПЕДИАТР**

Форма **очная**

Общая **21 ЗЕТ**

Часов по 756  
в том числе:  
аудиторные 338  
самостоятельная 385,4  
31,5

Виды контроля в семестрах:  
зачет с оценкой 1,2  
экзамен 3

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на Неделя	1 (1.1)		2 (1.2)		3 (2.1)		Итого	
	уп	рп	уп	рп	уп	рп		
Вид занятий	уп	рп	уп	рп	уп	рп	уп	рп
Лекции	8	8	8	8	8	8	24	24
Практические	110	110	110	110	94	94	314	314
Контактная работа в период теоретического	0,3	0,3	0,3	0,3			0,6	0,6
Контактная работа в период					0,5	0,5	0,5	0,5
Итого ауд.	118	118	118	118	102	102	338	338
Контактная работа	118,3	118,3	118,3	118,3	102,5	102,5	339,1	339,1
Сам. работа	133,7	133,7	133,7	133,7	118	118	385,4	385,4
Часы на контроль					31,5	31,5	31,5	31,5
Итого	252	252	252	252	252	252	756	756

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Шайдерова И.Г.



Рецензент(ы):

С.Ю. Мисю

Рабочая программа дисциплины

разработана в соответствии с ФГОС 3++:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.19 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 9)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.19 - РФ, 092 - КР Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от \_\_\_\_\_ протокол № \_\_\_\_\_

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Протокол от 02 сентября 2025 г. № \_\_\_\_

Срок действия программы: уч.г.

Зав. Кафедрой к.м.н., доцент, Шайдерова



<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	Целью освоения дисциплины является подготовка квалифицированного врача-специалиста педиатра, обладающего системой знаний и умений, компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются:
1.3	профилактическая деятельность: предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
1.4	участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;
1.5	диагностическая деятельность: диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; диагностика пороков развития; проведение медицинской экспертизы;
1.6	лечебная деятельность: оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях;
1.7	реабилитационная деятельность: проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; научно-педагогическая деятельность;
1.8	организационно-управленческая деятельность: применение основных принципов организации оказания педиатрической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; участие в организации оценки качества оказания медицинской экспертизы пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Педиатрия
2.1.2	Детская реанимация и анестезиология
2.1.3	Детская хирургия
2.1.4	Общественное здоровье и здравоохранение
2.1.5	Детские инфекции
2.1.6	Детская неврология
2.1.7	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.1.8	Медицинская генетика
2.1.9	Патология 1
2.1.10	Патология 2
2.1.11	Основы менеджмента в здравоохранении
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Производственная (клиническая) практика: Стационарная
2.2.2	Педиатрия
2.2.3	Детская дерматовенерология и фтизиатрия
2.2.4	Детская неврология
2.2.5	Детская реанимация и анестезиология
2.2.6	Детская рентгенология
2.2.7	Детская хирургия
2.2.8	Детская эндоскопия
2.2.9	Медицинская генетика
2.2.10	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.11	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1
2.2.12	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2

<b>3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
<b>ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</b>	
<b>Знать:</b>	
Уровень 1	правила и сроки проведения профосмотров здоровых детей грудного и раннего возраста; особенности диспансеризации детей по группам риска и при фоновых состояниях форму записи профосмотра (Ф-112 У); нормативы показателей НПР и ФР детей до 3-х лет; значение факторов риска и фоновых состояний на развитие ребенка.
Уровень 2	правила и сроки проведения профосмотров здоровых детей дошкольного и школьного возраста; особенности подросткового периода развития и правила перевода детей под наблюдение подросткового врача; функциональные обязанности врача и медсестры ДОУ и ООУ; нормативы ФР и НПР детей старше 3-х лет, показатели школьной «зрелости»; показатели адаптации детей к ОУ и пути её оптимизации; контрольные мероприятия воспитательного и учебного процесса; этапы скрининг-осмотра детей в ОУ и форму записи его в УФ № 026.
Уровень 3	этапы диспансеризации больных детей; оценку диспансеризации и правила написания эпикриза; показатели АУ по диспансеризации больных детей; положения по диспансерному наблюдению детей при распространенных острых и хронических заболеваниях требующих динамичного наблюдения; критерии оценки состояния пациента, позволяющие детализировать диагноз, оценить динамику при той или иной патологии; показания для санаторно-курортного лечения больных детей.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	уметь составить план диспансеризации здоровых детей и детей с отклонениями в анамнезе, фоновыми заболеваниями факторами риска новорожденных; оценить развитие детей до 3-х лет жизни: провести антропометрию и оценить ФР и НПР; оформить запись профилактического приема в УФ № 112; консультировать родителей по питанию и уходу в целях развития ребенка.
Уровень 2	провести профилактический осмотр в амбулатории; провести скрининг-осмотр детей и сделать запись УФ № 026; написать эпикриз для перевода ребенка в подростковый кабинет; дать оценку режима дня дошкольника и школьника; дать оценку адаптации ребенка к ОУ и школьной «зрелости»; провести санитарно-просветительскую беседу со школьниками.
Уровень 3	объективно оценить состояние пациента, динамику болезни; составить план диспансерного наблюдения при распространенных острых и хронических заболеваниях по УФ № 030; написать эпикриз; оценить показатели работы с больными на участке и по АУ; уметь дать рекомендации по трудовому и двигательному режиму оздоровлению, лечению и профессиональной ориентации больных детей.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	методикой соматометрии и оценки ФР; методикой качественно-количественной оценки НПР; навыками пропаганды естественного вскармливания и расчета питания детей при смешанном и искусственном вскармливании; навыками составления плана прививок и подготовки к ним; навыками диагностики фоновых заболеваний, их лечения и профилактики; навыками санитарно-просветительской беседы.
Уровень 2	навыками антропометрии, оценки ФР и полового развития; навыками плантографии, оценки осанки, остроты слуха, зрения, цветового зрения, предмиопии, АД; навыками оценки школьной «зрелости» (мотометрия, тест Керна-Ирасека и др.); навыками определения группы здоровья ребенка или диспансеризации.
Уровень 3	методами сбора жалоб, анамнеза, физикального обследования, интерпретации полученных лабораторных, инструментальных и прочих методов исследования с целью объективной оценки динамики состояния больного, составления плана дальнейшего наблюдения, определения показаний для консультаций специалистов, направления в стационар и на санаторное лечение; навыками написания эпикриза и определения показаний для снятия с «Д» учета; навыками назначения основных лекарственных средств.
<b>ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</b>	
<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Стратегию стандартизации в оценки состояния детей, знать стратегию ИВБДВ.

Уровень 2	Этиологию, патогенез, классификацию и клинику заболеваний, методы обследования, позволяющие их диагностировать
Уровень 3	Алгоритм методов обследования, методы лечения заболеваний, прогноз при каждом заболевании, коррекция развившихся осложнений, методы профилактики.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	выбирать наиболее информативные методы физикального, инструментального и лабораторного обследования; -обобщать и правильно оценивать результаты обследования;
Уровень 2	оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;
Уровень 3	выбирать наиболее эффективные методы лечения для каждого конкретного больного; рационально планировать алгоритмы комбинированного и комплексного лечения; рационализировать результаты лечебно-диагностической работы с больными детьми.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Принципами организации синдромной терапии, общими вопросами организации помощи детскому населению, владение принципами врачебной этики и деонтологии; ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации; квалифицированным сбором анамнеза, методами физикального обследования;
Уровень 2	Методом проведения анализа случаев позднего выявления заболевания у ребенка, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, экспертной оценкой историй умерших детей;
Уровень 3	Общими принципами специализированной диагностики, виды совершенствования диагностики и лечения детей, ведением и мониторингом на всех этапах лечения, внедрение лечения, прошедших проверку методами доказательной медицины.

### В результате освоения дисциплины обучающийся должен

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	Общие вопросы организации педиатрической помощи и работы учреждений, связанных с обслуживанием детей;
3.1.3	Правила выдачи справок и листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком;
3.1.4	Принципы диспансеризации здоровых детей, распределение по группам здоровья, выделение групп риска;
3.1.5	Принципы диспансеризации больных детей, профилактики хронических заболеваний;
3.1.6	Вопросы гигиенического обучения детей, вопросы санпросветработы;
3.1.7	Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;
3.1.8	Анатомо-физиологические особенности плода и ребенка, физиологическое развитие детей в различные возрастные периоды;
3.1.9	Принципы рационального вскармливания и питания детей;
3.1.10	Основные вопросы патофизиологии, биохимии, иммунологии, генетики и других общемедицинских проблем;
3.1.11	Показатели гомеостаза, основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса;
3.1.12	Физиологию и патофизиологию основных систем организма;
3.1.13	Современные методы диагностики основных нозологических форм;
3.1.14	Современную классификацию, этиологию, патогенез, симптоматику основных соматических и инфекционных заболеваний;
3.1.15	Современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний;
3.1.16	Основы фармакотерапии детского возраста, показания и противопоказания к применению лекарственных веществ, осложнения при их применении;
3.1.17	Диетотерапию при различной патологии;
3.1.18	Основы фитотерапии, физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля в детском возрасте;
3.1.19	Принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации;
3.1.20	Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения, санаторно-курортного лечения;
3.1.21	Принципы организации медицинской службы гражданской обороны;
3.1.22	Формы планирования и отчетности, основы трудового законодательства; правила по охране труда и пожарной безопасности;
3.1.23	Санитарные правила и нормы функционирования учреждений здравоохранения.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Собрать генеалогический, перинатальный анамнез, анамнез жизни и заболевания. Выбрать факторы риска возникновения заболевания.

3.2.2	Провести полное клиническое обследование ребенка. Сформулировать предварительный диагноз.
3.2.3	Своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи.
3.2.4	Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов.
3.2.5	Решить вопрос о необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов.
3.2.6	В комплексе оценить результаты анамнеза, клинических, инструментальных и функциональных исследований, заключений специалистов.
3.2.7	Поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний.
3.2.8	Назначить лечение, контролировать его результаты, проводить коррекцию. Установить объем помощи при неотложных состояниях и последовательность её оказания.
3.2.9	Провести реабилитационные мероприятия с проведением традиционных и нетрадиционных методов.
3.2.10	Провести диспансеризацию здоровых детей различного возраста, обеспечить их дифференцированное наблюдение (с учетом факторов риска возникновения заболевания).
3.2.11	Проводить диспансеризацию больных детей с учетом выявленной патологии, факторов риска возникновения осложнений и новых заболеваний, хронизации и возможности инвалидизации.
3.2.12	Планировать проведение профилактических прививок состоящим под наблюдением детям.
3.2.13	Проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
3.2.14	Определить показания к госпитализации больных детей (экстренной, плановой), направить на госпитализацию.
3.2.15	Правильно оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка. Оценить школьную зрелость.
3.2.16	Провести комплексную оценку состояния здоровья ребенка.
3.2.17	Владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний.
3.2.18	Вести медицинскую документацию, применяемую в лечебно-профилактическом учреждении; анализировать свою работу, составлять по ней отчеты.
3.2.19	Уметь пользоваться необходимой современной медицинской аппаратурой.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
3.3.2	Методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС);
3.3.3	Оценкой результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
3.3.4	Методикой расчета питания по основным ингредиентам у здоровых детей и при хронических расстройствах питания;
3.3.5	Определением групп здоровья у детей в возрастном аспекте;
3.3.6	Назначением лечебных мероприятий при заболеваниях, патологических состояниях, в соответствии со стандартом медицинской помощи при данной патологии;
3.3.7	Проведением экстренных противоэпидемиологических мероприятий в инфекционном очаге при чрезвычайных ситуациях.
3.3.8	Оформлением и отправлением в учреждение соответствующего надзора экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания;
3.3.9	Определением показаний к госпитализации ребенка или подростка и организовать ее;
3.3.10	Определением степени нарушения гомеостаза у больного ребенка и применением мер для его нормализации.
3.3.11	Ведением необходимой медицинской документации, составлением плана, отчета и проведением анализа своей работы.
3.3.12	Анализом детской смертности, анализом эффективности диспансеризации детей;
3.3.13	Организацией стационара на дому;
3.3.14	Разрабатывать индивидуальные программы реабилитации детей-инвалидов.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Антенатальная патология.</b>						

1.1	Аntenатальная патология.Эмбриофетопатии новорожденных. Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
1.2	Аntenатальный период. Бласто, эмбрио-и фетогенез. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
1.3	Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода. Экстрагенитальные заболевания, острые и хронические инфекционные заболевания беременных. Ранние токсикозы и гестозы беременных. Влияние курения и алкоголя на плод. Производственные вредности. Влияние лекарственных препаратов. /Пр/	1	8	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
1.4	Аntenатальный период. Бласто-, эмбрио-и фетогенез. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
1.5	Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода. Экстрагенитальные заболевания, острые и хронические инфекционные заболевания беременных. Ранние токсикозы и гестозы беременных. Влияние курения и алкоголя на плод. Производственные вредности. Влияние лекарственных препаратов. /Ср/	1	4	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	<b>Раздел 2. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка</b>						
2.1	Доношенный, недоношенный и переношенный ребенок. Недоношенные дети –группа риска перинатальных потерь и инвалидности в дальнейшем. Переношенные дети, причина, клиника, диагностика /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.2	Особенности периода адаптации. Особенности терморегуляции новорожденных. Анатомо-физиологические особенности строения кожи, иммунной системы, нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной, эндокринной системы, системы кроветворения. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

2.3	Транзиторная гипервентиляция и особенности акта дыхания. Транзиторное кровообращение. Транзиторная гиперфункция желёз внутренней секреции. Половой криз. Транзиторная потеря первоначальной массы тела. Транзиторное нарушение теплового баланса. Транзиторные изменения кожных покровов. Транзиторная гипербилирубинемия. Транзиторный катар кишечника. Транзиторные особенности метаболизма. Транзиторные особенности раннего неонатального гемостаза и гемопоэза. Изменения со стороны почек. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.4	Вскармливание новорожденных. Национальная программа по оптимизации вскармливания новорожденных детей. /Пр/	1	8	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.5	Доношенный, недоношенный и переношенный ребенок. Недоношенные дети – группа риска перинатальных потерь и инвалидности в дальнейшем. Переношенные дети, причина, клиника, диагностика /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.6	Особенности периода адаптации. Особенности терморегуляции новорожденных. Анатомо-физиологические особенности строения кожи, иммунной системы, нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной, эндокринной системы, системы кроветворения. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.7	Транзиторные состояния периода новорожденности /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.8	Вскармливание новорожденных. Национальная программа по оптимизации вскармливания новорожденных детей. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	<b>Раздел 3. Угрожаемые состояния плода и новорожденного. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного</b>						
3.1	Гипоксия плода и асфиксия новорожденного оценка по шкале Апгар. АВСД-реанимация. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
3.2	Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Патофизиология асфиксии. Критерии постановки диагноза. Классификация. Клинические проявления. Профилактика. Медикаментозная депрессия. Основные принципы реанимации новорожденных. Схема реанимации новорожденных в родильном зале. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

3.3	Гипоксия плода и асфиксия новорожденного оценка по шкале Апгар. ABCД-реанимация. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
3.4	Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Патофизиология асфиксии. Критерии постановки диагноза. Классификация. Клинические проявления. Профилактика. Медикаментозная депрессия. Основные принципы реанимации новорожденных . Схема реанимации новорожденных в родильном зале. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
3.5	Освоение этапов первичной реанимации новорожденных. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
3.6	Гипоксия плода, Асфиксия новорожденного. Оценка по шкале Апгар. ABCД-реанимация. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	<b>Раздел 4. Геморрагические расстройства и анемии у новорожденных детей.</b>						
4.1	Схема гемостаза. Патология гемостаза. Заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
4.2	Схема гемостаза. Патология гемостаза. Заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
4.3	Анемии новорожденных. Физиологическая анемия новорождённых. Постгеморрагические анемии. Гемолитические анемии. Анемии вследствие нарушенного гемопоэза. Дифференциальная диагностика анемий новорождённых Полицитемия. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
4.4	Схема гемостаза. Патология гемостаза. Заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
4.5	Анемии новорожденных. Физиологическая анемия новорождённых. Постгеморрагические анемии. Гемолитические анемии. Анемии вследствие нарушенного гемопоэза. Дифференциальная диагностика анемий новорождённых Полицитемия. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	<b>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы у новорождённых</b>						

5.1	Внутричерепные родовые травмы. Внутричерепные кровоизлияния субдуральные, эпидуральные, субарахноидальные, внутримозговые, внутрижелудочковые. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
5.2	Энцефалопатии новорожденных. Вопросы реанимации и интенсивной терапии новорожденных: травматические, ишемические, геморрагические, инфекционные, смешанные. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
5.3	Повреждение позвоночника и спинного мозга (паралич Эрба-Дюшенна, паралич Дежерина-Клюмпке, тотальный тип пареза плечевого сплетения. Паралич диафрагмального нерва). Поражение лицевого нерва. Родовые травмы других отделов периферической нервной системы. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
5.4	Внутричерепные кровоизлияния субдуральные, эпидуральные, субарахноидальные, внутримозговые, внутрижелудочковые /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
5.5	Вопросы реанимации и интенсивной терапии новорожденных Энцефалопатии новорожденных: травматические, ишемические, геморрагические, инфекционные, смешанные. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
5.6	Повреждение позвоночника и спинного мозга (паралич Эрба-Дюшенна, паралич Дежерина-Клюмпке, тотальный тип пареза плечевого сплетения. Паралич диафрагмального нерва). Поражение лицевого нерва. Родовые травмы других отделов периферической нервной системы. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
<b>Раздел 6. Гнойно-септические заболевания новорожденных. Сепсис</b>							
6.1	Сепсис новорождённых. Критерии постановки диагноза. Классификация. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Профилактика. Лечение. Рациональная антибиотикотерапия. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-6		0	
6.2	Токсический эпидермальный некролиз. Везикулостулёз. Кандидоз кожи и слизистых у новорождённых Пузырчатка новорождённых. Эксфолиативный дерматит Риттера. Синдром стафилококковой обожжённой кожи. Некротическая флегмона новорождённого. Рожистое воспаление. Гнойный мастит. Инфекционные заболевания пупочной ранки, пуповинного остатка и пупочных сосудов. Конъюнктивиты и дакриоциститы. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
6.3	Сепсис. Представление о системной воспалительной реакции организма. Классификация, клиника, диагностика, лечение, рациональная антибиотикотерапия. /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

6.4	Локальные гнойно-септические заболевания кожи, п/к клетчатки и пупочной ранки у новорожденных. Особенности течения ГВЗ у недоношенных новорожденных /Пр/	1	9	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
6.5	Сепсис у детей. Особенности гнойно-воспалительных заболеваний у детей. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
<b>Раздел 7. Желтухи периода новорожденности.</b>							
7.1	Дифференциальный диагноз желтух периода новорожденности /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
7.2	Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Классификация желтух. Этиопатогенез и клинические особенности желтух. /Пр/	1	8	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
7.3	ГБН плода и новорожденных. Этиология, классификация, клиника, оперативные и консервативные методы лечения ГБН, профилактика. /Пр/	1	8	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
7.4	Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Классификация желтух. Этиопатогенез и клинические особенности желтух. /Ср/	1	5	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
7.5	ГБН плода и новорожденного. Этиология, классификация, клиника, оперативные и консервативные методы лечения ГБН, профилактика. /Ср/	1	4,7	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.10	0	
7.6	/КрТО/	1	0,3	ПК-2 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.3	0	
7.7	/ЗачётСОц/	1	0			0	
<b>Раздел 8. Рахит у детей.</b>							
8.1	Витамин Д-дефицитный рахит. Этиопатогенез, классификация, клиника. диагностика, лечение, профилактика /Лек/	2	2	ПК-2 ПК-6	Л1.8 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.10 Л2.7 Л2.8	0	
8.2	Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.7 Л1.6 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
8.3	Витамин Д-дефицитный рахит. Этиопатогенез, классификация, клиника. диагностика, лечение, профилактика /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
8.4	Этиопатогенез витамин Д-резистентный, витамин Д-зависимый рахит, почечно-канальцевый ацидоз, синдром Дебре-де Тони-Фанкони, врожденная ломкость костей. Диф. диагноз, лечение. прогноз /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
8.5	Гипервитаминоз D и побочные действия других витаминов. Спазмофилия. Диагностика, лечение, профилактика /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	

8.6	Витамин Д-дефицитный рахит. Этиопатогенез, классификация, клиника. диагностика, лечение, профилактика /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
8.7	Этиопатогенез витамин Д-резистентный, витамин Д-зависимый рахит, почечно-канальцевый ацидоз, синдром Дебре-де Тони-Фанкони, врожденная ломкость костей. Диф. диагноз, лечение. прогноз /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.15 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.10 Л2.8	0	
8.8	Гипервитаминоз D и побочные действия других витаминов. Спазмофилия. Диагностика, лечение, профилактика /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 9. Дефицитные анемии</b>							
9.1	Анатомо-физиологические особенности органов кроветворения. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11	0	
9.2	Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика и лечение в соответствии с КП МЗКР, 2015 /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11	0	
9.3	Морфологическая классификация анемий. Классификация анемий в зависимости от среднего объема эритроцитов (MCV) и показателя анизоцитоза. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11	0	
9.4	Наследственный микросфероцитоз, дифференциальный диагноз с эллиптоцитозом, пиропойкилоцитозом, стоматоцитозом, ксероцитозом, акантоцитозом /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11	0	
9.5	Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика и лечение в соответствии с КП МЗКР, 2015 /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11	0	
9.6	Наследственный микросфероцитоз, дифференциальный диагноз с эллиптоцитозом, пиропойкилоцитозом, стоматоцитозом, ксероцитозом, акантоцитозом /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.5 Л1.4 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.11	0	
9.7	Современные подходы к лечению железодефицитной анемии. Использование специальных продуктов для кормящих матерей и младенцев /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.15	0	
<b>Раздел 10. Хронические расстройства питания.</b>							
10.1	Хронические нарушения питания. /Лек/	2	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.15 Л2.12	0	

10.2	Анатомо-физиологические особенности физического развития. Формулы и индексы расчета. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
10.3	Хронические расстройства питания. Критерии диагностики. Этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.12 Л2.10	0	
10.4	Особенности лечение неотложных состояний у ребенка с тяжелым нарушением питания, с цинк-медь, селен, карнитин и незаменимых жирных кислот дефицитом /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.12	0	
10.5	Особенности лечение неотложных состояний у ребенка с тяжелым нарушением питания, с цинк-медь, селен, карнитин и незаменимых жирных кислот дефицитом /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.12	0	
10.6	Синдром мальабсорбции у детей раннего возраста (Целиакия. Лактазная недостаточность. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.12	0	
<b>Раздел 11. Аномалии конституции.</b>							
11.1	Аномалии конституции. /Лек/	2	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
11.2	Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
11.3	Аномалии конституции. Экссудативно - катаральный, аллергический диатезы. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
11.4	Лимфатико-гипопластический и нервно - артритический диатезы. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
11.5	Аномалии конституции. /Ср/	2	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 12. Лихорадка и гипертермии у детей</b>							
12.1	Гипертермический синдром. Этиопатогенез. Роль противовоспалительных цитокининов в развитии гипертермии. Клиника. Диагностика. Осложнения. Выбор современных лекарственных средств. Неотложная терапия. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
12.2	Субфебрильные состояния у детей. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	

12.3	Гипертермический синдром. Этиопатогенез. Роль противовоспалительных цитокининов в развитии гипертермии. Клиника. Диагностика. Осложнения. Выбор современных лекарственных средств. Неотложная терапия. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 13. Болезни органов дыхания.</b>							
13.1	Острые пневмонии. Этиология, патогенез ИТШ. Классификация. Клиника и диагностика. /Лек/	2	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
13.2	Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
13.3	Острые бронхиты: острый (простой) бронхит, рецидивирующий бронхит. Острый обструктивный бронхит. острый бронхиолит. облитерирующий бронхиолит. Лечение и профилактика бронхитов. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
13.4	Острые пневмонии. Этиология. Патогенез ИТШ. Классификация. Клиническая картина острых пневмоний. Диагностика, диф.диагноз. Течение. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
13.5	Осложнения острых пневмоний. диагностика. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внутри- и внебольничных пневмоний. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
13.6	Особенности течения госпитальной пневмонии в зависимости от возраста ребенка и возбудителя. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
13.7	Ателектазы. Пневмоторокс. Хроническая пневмония. Токсический фиброзирующий альвеолит. /Ср/	2	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 14. Аллергические заболевания.</b>							
14.1	Бронхиальная астма у детей. Этиология. Патогенез. Особенности клиники. Диагностика. /Лек/	2	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.2	Аллергические заболевания у детей раннего возраста. Атопический дерматит. Лекарственные вакцинальные аллергии у детей. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.3	Бронхиальная астма. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Бронхиальная астма Осложнения. Астматический статус. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	

14.4	Хронические неспецифические болезни легких. Группы ХНБЛ, признаки хронического заболевания легких у детей. Клиника, диагностика, принципы лечения. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.5	Бронхоэктатическая болезнь Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика.Лечение. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.6	Поллиноз. Пищевая, лекарственная аллергия. Аллергическая реакции на насекомых. /Пр/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.7	Современные подходы к лечению аллергических диатезов. Пищевая, Лекарственная аллергия. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.8	Рецидивирующая крапивница. Особенности течения. Современные подходы к лечению. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.9	Токсико-аллергические дерматиты. Детская экзема./ /Ср/	2	5,7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
14.10	/КрГО/	2	0,3			0	
14.11	/ЗачётСОц/	2	0			0	
	<b>Раздел 15. Заболевания желудочно-кишечного тракта.</b>						
15.1	Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
15.2	Гастриты,гастродуодениты Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика,лечение. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
15.3	Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифдиагностика, течение, лечение, исходы, наблюдение в условиях поликлиники. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
15.4	Болезни желчных путей.Дискинезии желчевыводящих путей. Холециститы. Желчнокаменная болезнь. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
15.5	Острый и хронический панкреатиты у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Осложнения. Диф.диагноз. Лечение. Прогноз, наблюдение в поликлинике. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	

15.6	Лабораторные и инструментальные методы диагностика хронического панкреатита. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
15.7	Функциональные расстройства желудка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, диф.диагноз с хроническими заболеваниями желудка. Лечение, профилактика. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
	<b>Раздел 16. Заболевания желчевыводящей системы и хронические заболевания печени.</b>						
16.1	Дискинезии, Холециститы. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез, диагностика, лечение, профилактика. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
16.2	Пороки развития желчного пузыря и желчных протоков. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
16.3	Врожденный гепатит. Хронический гепатит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Синдром Рея. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
16.4	Врожденный гепатит. Хронический гепатит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Синдром Рея. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
	<b>Раздел 17. Заболевания сердечно-сосудистой системы.</b>						
17.1	Приобретенные пороки сердца. Дифференциальная диагностика врожденных и приобретенных пороков сердца. /Лек/	3	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.2	Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы. Кровообращение плода. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.3	Врожденные пороки сердца, классификация. ВПС с обогащением и обеднением малого круга кровообращения Гемодинамика, клиника, лечение. профилактика осложнений. /Пр/	3	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.4	ВПС с обеднением большого круга кровообращения (коарктация аорты, стеноз устья аорты). Гемодинамика, клиника, течение, лечение.. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.5	Неревматические кардиты у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	

17.6	Неотложные состояния при ВПС. Острая сердечная недостаточность, одышечно-цианотические приступы. Диагностика, Принципы терапии. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.12 Л2.14	0	
17.7	Аритмии у детей. Сердечная недостаточность, критерии диагностики. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.8	Ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Этапное лечение ревматической лихорадки, профилактика. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14 Л2.12	0	
17.9	Ювенильный хронический артрит. Склеродермия. Системная красная волчанка. Дерматомиозит. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.10	Диагностика и диф.диагностика приобретенных пороков сердца. Значение ЭКГ, Эхо КГ, R-графии, ангиографии и др. методов исследования. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
17.11	Системные васкулиты (болезнь Такаясу, болезнь Кавасаки и др.) /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.14	0	
	<b>Раздел 18. Болезни почек.</b>						
18.1	Острый и хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. /Лек/	3	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
18.2	Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Особенности клинической картины в зависимости от преобладающего синдрома. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
18.3	Хронический гломерулонефрит.Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины в зависимости от формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Осложнения. Исходы. Прогноз. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
18.4	Острая почечная и хроническая почечная недостаточность, патогенез ведущих симптомов и синдромов у больных с гломерулонефритом . /Пр/	3	4	ПК-2	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
18.5	Обменные нефропатии.Диагностика.Лечение. Болезнь Берже (IgA нефропатия) /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	

18.6	Первичный и вторичный нефротический синдром. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциально-диагностические признаки липоидного нефроза, лечение. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
18.7	Пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
18.8	Клинические проявления ХГН в зависимости от формы. Лабораторная и инструментальная диагностика ХГН. Дифференциальная диагностика ХГН. /Ср/	3	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
18.9	Аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. /Ср/	3	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10 Л2.13	0	
<b>Раздел 19. Болезни системы крови.</b>							
19.1	Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. /Лек/	3	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.2	Система гемостаза. Классификация геморрагических диатезов. Гемофилия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления в разные возрастные периоды. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.3	Тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Этиология. Патогенез. Критерии тяжести. Клинические проявления в разные возрастные периоды. Лечение. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.4	Приобретенные и наследственные тромбоцитопатии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.5	Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника в зависимости от формы геморрагического васкулита. Диагностика. Лечение. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.6	Врожденные и приобретенные гипо- и апластические анемии. Причины. Классификация. Клиническая картина. Современные методы лечения. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.7	Тромбоцитопеническая пурпура (ИТП, болезнь Верльгофа). /Ср/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	

19.8	Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. /Ср/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.9	Приобретенные тромбоцитопении у детей. Причины, патогенез, клинические проявления, клинико-лабораторная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение. /Ср/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.10	Приобретенные гипо- и апластические анемии. Причины. Классификация. Клиническая картина. Современные методы лечения. /Ср/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
19.11	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови /Ср/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 20. Наследственные болезни</b>							
20.1	Аутосомно – доминантные признаки, болезни. /Лек/	3	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.2	Хромосомные болезни, синдромы Дауна, Патау, Эдвардса, Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.3	Синдромы структурных перестроек хромосом. ( del 4p-синдром Вольфа-Хиршхорна, del 5p-синдром кошачьего крика, del 13q- синдром Орбели и др.).Синдром трисомии X, синдром 47,ХУУ /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.4	Аутосомно-доминантные признаки, болезни, особенности наследования, диагностика.(хондродистрофия, синдром Марфана, синдром Эларса-Данло, синдром Пейтца-Егерса, болезнь Реклинхауза) /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.5	Аутосомно-рецессивные болезни. Значение родственных браков. Прогноз. Муковисцидоз, фенилкетонурия, мукополисахаридозы, галактоземия, болезнь Тея-Сакса и другие /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.6	Болезни сцепленные с половыми хромосомами (синдром Морриса, синдром ломкой-fragile X-хромосомы, миопатия Дюшенна, синдром Вискотта -Олдрича, синдром Коффина-Лоури) /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.7	Методы клинической генетики. Цитогенетический, генеалогический, близнецовый, дерматоглифика, описание стигм дизэмбриогенеза. /Пр/	3	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.8	Медико-генетическое консультирование. Расчет риска рождения больного ребенка в семье. /Ср/	3	3,7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
20.9	/КрТО/	3	0,3			0	
20.10	/ЗачётСОц/	3	0			0	

	<b>Раздел 21. Поликлиническая педиатрия.</b>						
21.1	Профилактическая работа семейного врача/участкового педиатра. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми и детьми с заболеваниями, ассоциированными с ростом. Организация питания детей /Лек/	4	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
21.2	Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни. Организация питания детей первого года жизни. Особенности наблюдения детей с заболеваниями, ассоциированными с ростом. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
21.3	Диспансерное наблюдение за детьми раннего возраста. Планы оздоровления. Психогигиена детей в практике участкового педиатра. Организация питания детей раннего года возраста. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
21.4	Организация профилактической работы в детских дошкольных организациях (ДОО). Организация рационального питания детей в ДОО и на дому. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
21.5	Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни. Организация питания детей первого года жизни. Особенности наблюдения детей с заболеваниями, ассоциированными с ростом. /Ср/	4	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
21.6	Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни. Организация питания детей первого года жизни. /Ср/	4	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
	<b>Раздел 22. Иммунопрофилактика</b>						
22.1	Национальная программа иммунопрофилактики. Практика безопасной вакцинации. /Лек/	4	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
22.2	Иммунопрофилактика. Практика безопасной вакцинации. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
22.3	Показания, абсолютные и относительные противопоказания к вакцинации. Осложнения. Тактика ведения. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
22.4	Иммунопрофилактика. Практика безопасной вакцинации. /Ср/	4	4,3		Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
	<b>Раздел 23. ИВБДВ</b>						

23.1	ИВБДВ: Введение. Принципы стратегии Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) по программе ВОЗ и ЮНИСЕФ. Общие признаки опасности (ОПО). Кашель и затрудненное дыхание ( простуда, пневмония, тяжелая пневмония). /Лек/	4	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.2	ИВБДВ: основные положения, цели, преимущества, вмешательства и шаги ИВБДВ. Ведение больного ребенка в возрасте от 2-х месяцев до 5 лет. Форма записи. Общие признаки опасности ( ОПО). Кашель и затрудненное дыхание (простуда, пневмония, тяжелая пневмония). /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.3	Оцените, классифицируйте и определите лечение больного младенца в возрасте до 2 месяцев с диареей, низким весом и проблемами кормления. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.4	Оцените, классифицируйте, лечите, консультируйте и наблюдайте больного ребенка при диарее (обезвоживание, затяжная диарея, дизентерия). /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.5	Оцените, классифицируйте, лечите, консультируйте и наблюдайте больного ребенка при наличии лихорадки (фебрильное заболевание, осложнения, корь и др.) и боли в горле и наличии проблем с ушами (фарингит, абсцесс глотки, мастоидит, острая и хроническая инфекция уха). /Пр/	4	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.6	Оцените, классифицируйте, лечите, консультируйте и наблюдайте больного ребенка при нарушении питания и анемии. /Пр/	4	4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.7	Оцените, классифицируйте и определите лечение больного младенца в возрасте до 2 месяцев с местной бактериальной инфекцией и желтухой. /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.8	Оцените, классифицируйте, лечите, консультируйте и наблюдайте больного ребенка от 2 месяцев до 5 лет при диарее (обезвоживание, затяжная диарея, дизентерия). /Ср/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.9	Оцените, классифицируйте и определите лечение больного младенца в возрасте до 2 месяцев с низким весом и проблемами кормления. /Ср/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
23.10	ИВБДВ: основные положения, цели, преимущества, вмешательства и шаги ИВБДВ. Ведение больного ребенка в возрасте от 2-х месяцев до 5 лет. Форма записи. Общие признаки опасности ( ОПО). Кашель и затрудненное дыхание (простуда, пневмония, тяжелая пневмония). /Ср/	4	7	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 24. Диспансеризация детей</b>							

24.1	Лечебная работа участкового педиатра. Правила работы участкового педиатра в «стационаре на дому». Правила оформления рецептов, больничных листов. Значение консультирования матери и семьи больного ребенка по вопросам его кормления и ухода в целях развития. /Лек/	4	2	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
24.2	Лечебная работа участкового педиатра. Правила работы участкового педиатра в «стационаре на дому». Правила оформления рецептов, больничных листов. /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
24.3	Организация диспансерной помощи больным детям в условиях ЦСМ/детской поликлиники. Система диспансерного наблюдения за больными детьми. Медицинская и социальная реабилитация больных детей. /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
24.4	Диспансеризация детей с патологией бронхолегочной системы (хронические бронхиты, бронхоэктатическая болезнь). /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
24.5	Диспансерное наблюдение детей заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ФНД, СРК, синдромы мальабсорбции, хронические гастриты, язва, НЯК, болезнь Крона). /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
24.6	Диспансерное наблюдение детей с острыми и хроническими гломерулонефритами и пиелонефритами, дисметаболической нефропатией. /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
24.7	Диспансерное наблюдение детей с геморрагическими диатезами: геморрагический васкулит, гемофилия, иммунная тромбоцитопения, тромбоцитопатии. /Пр/	4	5	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
<b>Раздел 25. Неотложная медицинская помощь в условиях поликлиники</b>							
25.1	Общие принципы организации неотложной медицинской помощи детям на амбулаторном уровне. Диагностика и оказание неотложной медицинской помощи ребенку при синдромах острой недостаточности кровообращения: обморок, коллапс, шок. Фазы сердечно-легочной реанимации. /Пр/	4	6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
25.2	Неотложная помощь при судорожном синдроме у детей. Причины и механизмы развития судорожного синдрома у детей разного возраста. Судорожная готовность. Эпилептический статус. /Пр/	4	5,4	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
25.3	Неотложная помощь при гипо- и гипергликемии у детей. Причины и механизмы развития гипо- гипергликемических состояний при сахарном диабете у детей. /Пр/	4	5,6	ПК-2 ПК-6	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.10	0	
25.4	/КрЭж/	4	0,5			0	

25.5	/Экзамен/	4	0			0	
------	-----------	---	---	--	--	---	--

### 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

#### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Ординатура по специальности "Педиатрия" (1-2 семестр) Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6  
 Примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1  
 Вопросы для проверки уровня обучения "ЗНАТЬ", "УМЕТЬ" и "ВЛАДЕТЬ" в ПРИЛОЖЕНИИ 2  
 Ситуационные задачи для комплексного задания в ПРИЛОЖЕНИИ 3

#### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрены

#### 5.3. Фонд оценочных средств

Тесты (Приложение 1)  
 Фронтальный опрос (Приложение 2)  
 Ситуационные задачи (Приложение 3)  
 История болезни (Приложение 4)  
 Доклад с презентацией (Приложение 5)

#### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты  
 Фронтальный опрос  
 Ситуационные задачи  
 История болезни  
 Доклад с презентацией  
 Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 7

### 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

#### 6.1. Рекомендуемая литература

##### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Шабалов Н.П.	Неонатология: Учебник	СПб.: СпецЛит 2016
Л1.2	Боконбаева С.Дж.	Болезни новорожденных детей: учебник	КРСУ 2016
Л1.3	Володин Н.Н.	Учебник: Неонатология	Питер 2009
Л1.4	Шабалов Н.П.	Детские болезни: Учебник	СПб, Питер 2017
Л1.5	Боконбаева С.Дж., Счастливая Т.Д., Василенко В.В.	Педиатрия: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л1.6	С.Дж. Боконбаева, Т.Д.Счастливая, Х.М. Сушанло, Н.М. Алдашева.	Пропедевтика детских болезней : учебник для педиатрических факультетов медицинских ВУЗов	Бишкек 2015
Л1.7	Боконбаева С.Дж., Счастливая Т.Д., Сушанло Х.М., Алдашева Н.М.	Учебное пособие для итоговой государственной аттестации выпускников педиатрического отделения медицинского факультета КРСУ по специальности 14 00 09 "Педиатрия": учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2010
Л1.8	Боконбаева С.Дж и соавт.	Первичная профилактика в практике участкового педиатра.: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2013

##### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Володин Н.Н.	Неонатология. Национальное руководство: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа 2009
Л2.2	Хазанов А.И.	Клиническая неонатология.: учебное пособие	СПб.: Гиппократ, 2009
Л2.3	Ткаченко А.К., Устинович А. А, Сукало А.В. и др. / Под ред. Ткаченко А.К., Устинович А. А.	Неонатология.: учебное пособие	Минск: Вышэйшая школа, 2009

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.4	Яцык Г.В, Одинаева Н.Д., Бомбардтрова Е.П. и др./Под ред. Г.В. Яцык	Практическое руководство по неонатологии: : руководство	М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008
Л2.5	Баранов А.А.	Педиатрия.: Национальное руководство	2014
Л2.6	Баранов А.А	Детские болезни: Учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012
Л2.7	Мазурин А.В. , Воронцов И.М.	Пропедевтика детских болезней. : Учебник	ООО «Издательство Фолиант» 2010
Л2.8	Дядя Г.И., Осипова О.В.	Пропедевтика детских болезней: : учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019
Л2.9	Алдашева Н.М.	Нарушения ритма и проводимости сердца у детей. : Учебное пособие	КРСУ, Бишкек 2018
Л2.10	Кильдияровой Р.Р, Макарова В.И.,Денисов М.Ю.	Детские болезни: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015
Л2.11	Боконбаева С.Дж.	Методика исследования системы крови и органов кроветворения у здоровых и больных детей. : Учебное пособие	Бишкек 2015
Л2.12	ВОЗ	Карманный справочник.: Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста	2013
Л2.13	Игнатова И.С.	Детская нефрология: Учебник	2011
Л2.14	Беляева Л.М.	Детская кардиология и ревматология: Учебник	МИА, Москва 2011
Л2.15	Боконбаева С.Дж. и соавт.	Вскармливание детей первого года жизни. Виды вскармливания.: Учебное пособие	КРСУ, Бишкек 2005

### 6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

#### 6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, лабораторные работы репродуктивного типа, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия обычно проводятся на базе Детской клинической больницы скорой медицинской помощи.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре, также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординатором компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.

#### 6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» ( <a href="http://window.edu.ru/">http://window.edu.ru/</a> )
6.3.2.3	Электронная библиотека КРСУ <a href="http://www.lib.krsu.kg">www.lib.krsu.kg</a>

### 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по педиатрии проводится на базе соматических отделений Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) и Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) в больших лекционных залах и учебных комнатах
7.2	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.
7.3	Компьютерный класс (корпус Л.Толстого, ауд.4/12) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами;
7.4	Учебно-методический кабинет кафедры педиатрии, оборудованный мультимедиапроектором и компьютером в комплекте к нему имеется принтер.
7.5	Наборы рентгенограмм, ЭКГ в норме и патологии, выписки из историй болезни, бланки с результатами лабораторных тестов, информационные стенды, учебные аудио и видеофильмы
7.6	

**8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6

**МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (1,2,3 семестры дифференцированный зачет, 4 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

**ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ**

При явке на экзамены и зачёты обучающийся обязан иметь при себе дневник ординатора, который он предъявляет экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу или ситуационное задание(уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации большого студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)

20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)

25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ**

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформлению её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателями соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде?

что будет говориться?

как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Небрежно сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах,

опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.

Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

Количество слайдов не более 30.

Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать выравнивая на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

## 5. Инструкция докладчикам.

сообщать новую информацию;

использовать технические средства;

знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации; сообщение основной идеи;

современную оценку предмета изложения;

краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Ребенок Т., 8 лет. Жалобы на произвольные вычурные движения, эмоциональную лабильность. Больна около 2 недель, когда родители стали отмечать эмоциональную лабильность, плаксивость, нарушения сна. Последнюю неделю присоединились произвольные движения в правой руке, гримасничанье. Из анамнеза известно, что у девочки частые ангины, последний раз переболела 6 недель назад.

Объективно: выраженное двигательное беспокойство, произвольные подергивания мышц лица и конечностей, порывистые движения, нечеткая речь. Границы относительной сердечной тупости: правая граница – ближе к правой стеральной линии, верхняя 3 ребро, левая -1,5 см кнаружи от левой сосковой линии. Аускультативно: на верхушке - ослабление I тона, систолический шум, занимающий всю систолу, дующего характера, с проведением в левую подмышечную зону. Костно-суставной аппарат без особенностей.

ОАК: Эр. 3,9 x10<sup>12</sup>, НБ - 110 г/л лейко - 6,7.x10<sup>9</sup>, п-4%, с-я – 62%, л-29%, СОЭ - 12 мм час

АСЛ-О -1:450, СРБ отр.

ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца, ЧСС 120 в мин., PQ -0,19, нарушения процессов реполяризации

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз и кратко его обоснуйте.
2. Перечислите причины, приводящие к развитию данного заболевания и его патогенез.
3. Чем обусловлены гиперкинезы?
4. Оцените границы относительной сердечной тупости?
5. Чем объясняется аускультативная картина на верхушке сердца?
6. Оцените ЭКГ
7. Оцените лабораторные показатели
8. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
9. Составьте план лечения.

Эталон ответа к задаче

1. Острая ревматическая лихорадка, малая хорея, ревмокардит, недостаточность митрального клапана
  2. Этиология – β –гемолитический стрептококк группы А, персистирующая стрептококковая инфекция.
- Предрасполагающие факторы: особенности иммунологической и общей реактивности, генетическая предрасположенность. Патогенез: токсическое действие ферментов стрептококка, воздействие антистрептококковых антител прежде всего на ткань сердца. Дезорганизация соединительной ткани.
3. Ревматическим поражением стрио-паллидарной системы.
  4. Расширение относительной сердечной тупости влево.
  5. Ревматическим кардитом с вовлечением в процесс митрального клапана и развитием его недостаточности
  6. Синусовая тахикардия, а-в блокада 1 ст, нарушение обменных процессов миокарда
  7. Повышение титра АСЛ-О
  8. Осмотр окулиста, стоматолога, ЭхоКГ
  9. Госпитализация больного. Строгий постельный режим во время острого периода болезни. Диета по возрасту, при наличии сердечной недостаточности - ограничение соли и жидкости, при назначении КС – продукты богатые калием (курага, изюм, бананы, картофель). Антибиотики (пенициллин до 50-100 мг/кг в сутки в 4 приема). При непереносимости препаратов пенициллина можно использовать макролиды в возрастных дозах. Длительность курса антибиотикотерапии – 10-12 дней. После завершения курса назначают пролонгированные пенициллины (бициллин-5, экстенциллин). С противовоспалительной целью – нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин 0,2 на год жизни, диклофенак натрия 2-3 мг/кг. ибупрофен 20-30 мг/кг), кортикостероиды – преднизолон из расчета 0,8 мг/кг на 4-6 недель с постепенной отменой. Седативная фитотерапия – пустырник, боярышник, корень валерианы. При выраженном беспокойстве, нарушении сна – нейролептики или транквилизаторы.

**Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:**

**7 семестр**

**Дефицитные состояния**

1. Витаминдефицитный рахит, определение. Этиологические факторы (эндогенные, экзогенные), обуславливающие развитие рахита.
2. Витаминдефицитный рахит, определение. Образование витамина Д в организме. Функции витамина Д.
3. Витаминдефицитный рахит, определение. Роль паратормона в регуляции кальциевого обмена и развитии рахита.
4. Витаминдефицитный рахит, определение. Патогенез. Виды классификаций.
5. Витаминдефицитный рахит, определение. Клиника рахита по тяжести, по течению, по периоду.
6. Витаминдефицитный рахит, определение. Диагностика рахита (анамнестические, клинические, лабораторные методы).
7. Витаминдефицитный рахит, определение. Лечение рахита (медикаментозные и немедикаментозные методы лечения).
8. Вторичный и наследственно обусловленный рахит
9. Витаминдефицитный рахит, определение. Профилактика рахита, виды профилактики.
10. Витаминдефицитный рахит, определение. Рахит как фоновое состояние, особенности развития детей раннего возраста на фоне рахита.
11. Псевдогипопаратиреозы, врожденная ломкость костей, тубулопатии. Этиология, патогенез, дифференциальный диагноз
12. Спазмофилия, определение. Этиологические факторы развития спазмофилии. Понятие о сезонности заболевания.
13. Спазмофилия, определение. Патогенез. Классификация спазмофилии.
14. Спазмофилия, определение. Клиника. Симптомы скрытой спазмофилии.
15. Спазмофилия, определение. Клиника. Симптомы явной спазмофилии.
16. Спазмофилия, определение. Диагностика (анамнестические, клинические, лабораторные методы). Дифференциальный диагноз.
17. Спазмофилия, определение. Лечение. Профилактика.
18. Гипервитаминоз Д. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика.
19. Гипервитаминоз Д. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика.
20. Гипо –и авитаминозы у детей. Роль витаминов в обмене веществ. Суточная потребность в витаминах у детей. Причины гиповитаминозов. Клинические проявления. Диагностика. Лабораторные методы исследования (содержание витаминов в сыворотке крови, моче). Лечение. Профилактика.
21. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Этиологические факторы (эндогенные и экзогенные) в развитии ЖДА.
22. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Обмен железа в организме. Понятие об органах-депо. Понятие о физиологической анемии.
23. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Патогенез. Классификация. Клиника.
24. Железодефицитная анемия у детей (ЖДА), определение. Синдромы анемии. Диагностика.
25. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Лабораторные показатели состояния красной крови.
26. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Дифференциальный диагноз. Латентный дефицит железа.
27. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Лечение. Диета. Профилактика.
28. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Понятие о ЖДА как о фоновом состоянии, особенности развития детей на фоне ЖДА.

### **Нарушения питания и фоновые заболевания**

1. Понятие эйтрофии, клинические характеристики нормотрофии у ребенка. Виды хронических расстройств питания у детей, классификация.
2. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Этиологические факторы. Патогенез.
3. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста, определение, клиника.
4. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Диагностика и дифференциальная диагностика.
5. Хронические расстройства питания у детей, как фоновое состояние. Особенности течения сопутствующих заболеваний при хроническом расстройстве питания. Осложнения, течение и исходы.
6. Хронические расстройства питания у детей. Принципы лечения .
7. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Роль диетотерапии, режима питания. Ферменто- витаминотерапия. Особенности ухода. Профилактика.
8. Синдром нарушенного кишечного всасывания. (Целиакия).
9. Синдром нарушенного кишечного всасывания. (Лактазная недостаточность).
10. Синдром нарушенного кишечного всасывания. (Муковисцидоз, кишечная форма).
11. Понятие о конституции. Аномалии конституции. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Особенности развития ребенка на фоне аномалии конституции.
12. Лимфатико-гипопластический диатез. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Определение, причины, клинические проявления. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
13. Аномалии конституции. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Экссудативно-катаральный диатез. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика.
14. Аномалии конституции. Нервно-артритический диатез. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Определение, причины, клинические проявления. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика, значение рационального режима и питания в воспитании ребенка с нервно-артритическим диатезом.
15. Аллергические заболевания у детей раннего возраста. Атопический дерматит.
16. Аллергические заболевания у детей раннего возраста. Лекарственные вакцинальные аллергии у детей.
17. Пищевая аллергия. Аллергический ринит. Современные подходы к лечению
18. Рецидивирующая крапивница. Особенности течения. Современные подходы к лечению
19. Токсико-аллергические дерматиты.

### **8 семестр**

#### **Болезни органов дыхания у детей младшего возраста**

1. Бронхиты у детей. Возрастные особенности течения заболевания. Классификация.
2. Острый простой бронхит. Этиология. Патогенез.
3. Острый простой бронхит. Клинические проявления. Рентгенологические изменения.
4. Острый обструктивный бронхит. Этиология. Патогенез. Особенности течения бронхита у детей с фоновыми состояниями (рахит, анемия, гипотрофия, аномалия конституции)
5. Острый обструктивный бронхит. Клиника. Дифференциальный диагноз простого и обструктивного бронхита.

6. Острые бронхиты (простой и обструктивный), диагностика (клинико-лабораторные показатели), лечение. Показания к антибактериальной терапии при лечении бронхита.
7. Острый обструктивный бронхит. Оказание помощи детям с кашлем, по рекомендации ВОЗ. Особенности приема сальбутамола у детей раннего возраста.
8. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника и диагностика, лечение.
- 9.
10. Острые пневмонии у детей. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка раннего возраста, предрасполагающие к развитию и тяжелому течению острых пневмоний (органы дыхания, нервная, эндокринная и иммунная системы).
11. Острые пневмонии у детей. Этиология, понятие о «домашней» и «госпитальной» пневмонии. Патогенез.
12. Острые пневмонии у детей. Классификация. Клинические проявления острой неосложненной пневмонии. Критерии диагностики. Рентгенологические и лабораторные признаки.
13. Острые пневмонии у детей. Затяжное течение (факторы, предрасполагающие к затяжному течению, критерии диагностики)..
14. Осложнения при пневмонии, их характеристика, течение, диагноз, прогноз. Показания к госпитализации.
15. Принципы лечения острых пневмоний у детей. Выхаживание. Этиотропная, патогенетическая терапия. Особенности инфузионной терапии у детей.
16. Принципы лечения острых пневмоний у детей. Особенности организации лечения детей раннего возраста, больных острыми пневмониями с не осложненным течением на дому. Профилактика.
17. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внебольничных и госпитальных пневмоний

#### **Болезни органов дыхания у детей старшего возраста**

1. Хронические бронхолегочные заболевания. Этиопатогенез, классификация.
2. Хронические бронхолегочные заболевания. Клиника, диагностика, лечение бронхоэктатической болезни.
3. Хронические неспецифические болезни легких. Группы ХНБЛ, признаки хронического заболевания легких у детей. Клиника, диагностика, принципы лечения.
4. Лечение обострений ХНБЛ. Диспансеризация, реабилитация, профилактика
5. Муковисцидоз. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение
6. Хронический облитерирующий бронхит. Патогенез, особенности клиники и течения. Диагностика и диффдиагностика. Показания к бронхолегочному обследованию. Лечение (показания к антибактериальной терапии, муколитическая терапия, физиолечение, массаж, ЛФК). Исходы, профилактика
7. Врожденные пороки развития легких у детей. Патогенез, особенности клиники и течения. Диагностика и диффдиагностика. Лечение.
8. Бронхиальная астма у детей. Этиология. Патогенез. Возрастные особенности течения заболевания.
9. Бронхиальная астма у детей. Классификация, основанная на этиологии. Классификация, основанная на тяжести и характере обструкции дыхательных путей.
10. Бронхиальная астма у детей. Клинические проявления в приступном и межприступном периодах.
11. Бронхиальная астма у детей. Особенности астматического статуса. Диагностика, принципы лечения, исходы.
12. Принципы лечения бронхиальной астмы. Базисная терапия. Ступенчатая терапия.

13. Неотложная помощь в приступном периоде бронхиальной астмы (купирование приступа удушья). Лечебные мероприятия в межприступном периоде.

#### **Болезни органов кровообращения у детей раннего и старшего возраста**

1. Ревматические кардиты у детей раннего возраста
2. Врожденные кардиты у детей. Этиопатогенез, Диагностика. Течение, исход. Лечение и профилактика
3. Врожденные пороки сердца у детей. Частота, структура ВПС. Этиология ВПС, классификация
4. Врожденные пороки сердца у детей. Пороки с обогащением МКК Гемодинамика.
5. Пороки с обогащением МКК. Клинические проявления при дефекте межжелудочковой перегородки, дефекте межпредсердной перегородки, открытом артериальном протоке.
6. Врожденные пороки сердца у детей. Пороки с обеднением МКК Гемодинамика. Клиника
7. Врожденные пороки сердца у детей. Гемодинамика. Клинические проявления при болезни Фалло. Диагностика.
8. Врожденные пороки сердца у детей с препятствием кровотоку. Гемодинамика. Клинические проявления диагностика коарктации аорты,
9. Диагностика врожденных пороков сердца. Значение рентгенологического исследования, данных ЭКГ и ФКГ. Показания к ангиографии.
10. Дифференциальный диагноз врожденных пороков сердца у детей.
11. Врожденные пороки сердца у детей. Осложнения и исходы. Показания и сроки хирургического лечения.
12. Клинические проявления острой и хронической сердечной недостаточности.
13. Лечение недостаточности кровообращения. Особенности лечения одышно-цианотических приступов.
14. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология. Патогенез. Классификация.
15. Острая ревматическая лихорадка у детей. Основные клинические проявления. Критерии диагностики и активности процесса. Дифференциальный диагноз.
16. Острая ревматическая лихорадка у детей. Клинические проявления. Внесердечные проявления ревматизма (артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки).
17. Критерии диагностики острой ревматической лихорадки (большие и малые). Критерии активности процесса.
18. Хроническая ревматическая болезнь сердца без порока и с пороком. Клинические проявления. Критерии диагностики.
19. Принципы лечения ревматической лихорадки. Виды профилактики (первичная, вторичная, текущая).
20. Ревматические приобретенные пороки сердца. Патогенез и патоморфология. Сроки формирования пороков.
21. Ревматические приобретенные пороки сердца. Стеноз митрального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика.
22. Ревматические приобретенные пороки сердца. Недостаточность митрального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика
23. Ревматические приобретенные пороки сердца. Недостаточность аортального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика.
24. Ревматические приобретенные пороки сердца. Стеноз аортального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика
25. Консервативное лечение и показания к оперативному лечению приобретенных пороков сердца.

#### **9 семестр**

#### **Болезни желудочно-кишечного тракта**

14. Гастриты и гастродуодениты у детей. Этиология. Патогенез.
15. Гастриты и гастродуодениты у детей. Клинические проявления в возрастном аспекте. Диагноз. Дифференциальный диагноз.
16. Гастриты и гастродуодениты у детей. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
17. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные взгляды на этиопатогенез заболевания.
18. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические симптомы. Дифференциальный диагноз.
19. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические симптомы. Течение и исходы. Осложнения.
20. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Лечение. Диспансерное наблюдение.
21. Болезни желчного пузыря и желчных ходов у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
22. Дискинезия желчевыводящих путей у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
23. Желчнокаменная болезнь. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
24. Острые и хронические панкреатиты у детей. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.
25. Острые и хронические панкреатиты у детей Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
26. Острые и хронические панкреатиты у детей Клиника. Течение и исходы. Лечение. Профилактика.

#### **Болезни мочевыделительной системы**

1. Острый гломерулонефрит у детей. Этиология. Роль стрептококковой инфекции в развитии заболевания. Патогенез. Иммунологические механизмы, ответственные за развитие острого гломерулонефрита.
2. Острый гломерулонефрит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация.
3. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Особенности клинических проявлений, течения и исходов. Критерии диагностики.
4. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Особенности клинических проявлений, течения и исходов. Критерии диагностики.
5. Острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом. Особенности клинических проявлений, течения и исходов. Критерии диагностики.
6. Принципы лечения острого гломерулонефрита. Лечение осложнений. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
7. Хронический гломерулонефрит у детей. Факторы, способствующие хронизации процесса. Патогенез. Классификация.
8. Хронический гломерулонефрит у детей. Особенности клинической картины нефротической формы. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
9. Хронический гломерулонефрит у детей. Особенности клинической картины гематурической формы. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
10. Хронический гломерулонефрит у детей. Особенности клинической картины смешанной формы. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
11. Пиелонефриты у детей. Этиология. Пути распространения инфекции. Патогенез. Классификация.
12. Понятие о первичном и вторичном пиелонефрите. Критерии диагностики пиелонефрита.

13. Принципы лечения пиелонефритов у детей. Показания к хирургическому лечению.
14. Диспансерное наблюдение.
15. Инфекции мочевыводящих путей у детей. Этиопатогенез. Клинические проявления и принципы лечения.
16. Аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма. Клинические проявления и принципы лечения.
17. Критерии диагностики и лечение острого почечного повреждения.

### **Гематология**

1. Схема гемостаза. Значение, нормативы проб по Дюке, Ли-Уайту в дифференциальной диагностике геморрагических диатезов.
2. Геморрагические диатезы. Классификация по механизму повреждения. Типы кровоточивости.
3. Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов (клинические характеристики геморрагического синдрома, лабораторные показатели).
4. Механизмы повреждения и зависимость развития различных типов кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Геморрагический васкулит. Этиопатогенез. Группа риска, значение хронических очагов инфекции, сезонности в развитии геморрагического васкулита. Классификация. Клиническое течение.
6. Тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, картина крови и костного мозга.
7. Врожденные тромбоцитопатии у детей (*Болезнь Гланцмана, Виллебранда, Бернара-Сулье*). Классификация. Клинические течения. Лечение.
8. Гемофилии. Классификация (по формам гемофилии, по тяжести проявлений). Патогенез кровоточивости. Клиника.
9. Гемофилия. Возрастные клинические особенности течения гемофилии. Дифференциальный диагноз различных форм. Неотложная помощь при кровотечениях.
10. Гемолитические анемии у детей (наследственные и приобретенные, мембранопатии, энзимопатии, гемоглобинопатии). Классификация. Типы гемолиза. Общие лабораторные показатели гемолитического симптомокомплекса.
11. Наследственные гемолитические анемии. *Наследственный сфероцитоз* (болезнь Миньковского Шофара). Патогенез. Клинические проявления. Лечение.
12. Приобретенные гемолитические анемии. Классификация. Этиопатогенез. Клинические проявления.
13. Врожденные гипо- и апластические анемии у детей (синдром Фанкони, синдром Блекфана- Дайемонда, Эстрена -Дамешека). Этиопатогенез. Клиника.
14. Гипо- и апластические анемии у детей. Картина крови и костного пунктата. Диагноз и дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.
15. Дефицитные анемии у детей (В 12 – дефицитная, фолиево-дефицитная, протеиндефицитная анемии). Этиопатогенез. Клинические проявления.
16. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Этиопатогенез. Классификация. Клиническое течение.
17. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз.
18. Дефицитные анемии у детей (В 12 – дефицитная, фолиево-дефицитная, протеиндефицитная анемии). Диета. Понятие о внешнем и внутреннем факторах Кастла. Роль заболеваний, социальных факторов в развитии дефицитных анемий.
19. Геморрагический васкулит. Диагностика. Течение. Исходы. Осложнения. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.

20. Тромбоцитопеническая пурпура. Диагностика. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к глюкокортикоидной терапии и спленэктомии. Прогноз. Диспансеризация.
21. Приобретенные тромбоцитопатии у детей. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение.
22. Наследственные гемолитические анемии. *Ферментопатии эритроцитов* (глюкоза-6 фосфат дегидрогеназа, пируваткиназа). Патогенез. Клинические проявления. Лечение.
23. Приобретенные гемолитические анемии. Диагноз. Значение реакции Кумбса для постановки диагноза. Дифференциальный диагноз. Течение и исходы. Осложнения. Методы лечения. Диспансеризация.
24. Дефицитные анемии у детей (В 12 – дефицитная, фолиево-дефицитная, протеиндефицитная анемии). Диагноз. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика.
25. Врожденные тромбоцитопатии у детей (*Болезнь Гланцмана, Виллебранда, Бернара-Сулье*). Причины, патогенез, клинические проявления.
26. Лечение и диспансерное наблюдение детей с врожденными тромбоцитопатиями (*Болезнь Гланцмана, Виллебранда, Бернара-Сулье*).
27. Приобретенные тромбоцитопатии у детей. Значение различных факторов риска (медикоментозной терапии, физических факторов, вакцинации, перенесенных вирусобактериальных заболеваний) в развитии тромбоцитопатии. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
28. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – клинико-лабораторная диффдиагностика с различными геморрагическими диатезами.
29. Наследственные гемолитические анемии. *Гемоглинопатии* (талассемия, серповидноклеточная анемия). Роль наследственности. География распространения заболевания, эволюционное значение мутационных изменений гемоглобина. Клинические проявления.
30. Наследственные гемолитические анемии. *Гемоглинопатии* (талассемия, серповидноклеточная анемия). Патогенез. Клиника Лечение.
31. Приобретенные гипо- и апластические анемии у детей (факторы риска в развитии). Этиопатогенез. Клиника.
32. Врожденные гипо- и апластические анемии у детей (синдром Фанкони, синдром Блекфана- Дайемонда, Эстрена -Дамешека). Лечение. Прогноз заболеваний. Диспансерное наблюдение.
33. Приобретенные гипо- и апластические анемии у детей. Клиника Лечение. Течение и исходы. Прогноз.
34. Гемофилия. Клиника. Заместительная терапия. Диспансерное наблюдение в период ремиссии.
35. Анемия – определение, виды анемий. Классификация анемий (по цветовому показателю, по регенераторности, по тяжести). Синдромы проявляющиеся в клинике анемий.

## 10 семестр

### Неонатология

1. Неонатальная терминология. Перинатальная заболеваемость и смертность. Структура. ВОЗовские критерии живорожденности.
2. Критерии доношенности, недоношенности и переносности. Понятие о морфологической и функциональной зрелости.
3. Доношенный ребенок. Критерии доношенности и зрелости. Понятие о морфологической и функциональной зрелости.

4. ВОЗовские рекомендации по грудному вскармливанию. Больницы «доброжелательного отношения к ребенку». 11 принципов грудного вскармливания.
5. Недоношенные дети. Критерии недоношенности. Причины недонашивания.
6. АФО недоношенного ребенка. Особенности выхаживания и вскармливания недоношенных. Профилактика невынашивания.
7. Период адаптации новорожденных к внутриутробной жизни. Физиологические (пограничные) состояния новорожденных. Клинические проявления. Мероприятия по профилактики и коррекции.
8. Особенности физиологических (пограничных) состояний у недоношенных детей. Клинические проявления. Мероприятия по профилактики и коррекции.
9. Периоды внутриутробного развития плода. Антенатальная патология плода и новорожденного. Особенности клинических проявлений.
10. Понятие об эмбрио- и фетопатиях. Особенности клинических проявлений. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Течение и исходы. Принципы лечения.
11. Угрожаемые состояния плода. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Причины острой и хронической гипоксии плода. Патогенез. Клиника внутриутробной гипоксии плода.
12. Клинические проявления асфиксии новорожденного. Оценка состояния по шкале Апгар. Степени асфиксии.
13. ABCD–реанимация новорожденного (ВОЗовские рекомендации). Лечение в восстановительном периоде. Профилактика.
14. Понятие родовой травмы. Внутричерепные кровоизлияния. Классификация. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Дополнительные методы исследования. Реанимационная и интенсивная терапия в первые дни жизни. Лечение в восстановительном периоде. Профилактика.
15. Спинальные родовые травмы. Причина. Особенности клинической картины в зависимости от локализации и вида повреждения (парезы и параличи Дюшенна-Эрба, паралич Дежерин-Клюмпке, паралич Керера, нижние вялые параличи). Клиника частичного и полного разрыва спинного мозга. Лечение. Профилактика.
16. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР). Определение. Причины. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз внутриутробной гипотрофии и недоношенности. Лечение. Особенности вскармливания. Профилактика.
17. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез.
18. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клинические формы и проявления болезни.
19. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника ядерной желтухи.
20. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика. Картина крови. Лечение. Показания к заменному переливанию компонентов крови. Профилактика.
21. Пневмопатии у новорожденных детей. Понятие о синдроме дыхательных расстройств. Причины. Патогенез.
22. Оценка дыхательных нарушений по шкале Даунса и Сильвермана. Степени тяжести.
23. Клинические формы синдрома дыхательных расстройств. Диагноз. Лечение. Профилактика.
24. Неонатальные пневмонии. Причины. Понятие о внутриутробной и поздней пневмонии. Клинические проявления. Диагноз. Лечение.
25. ВУИ вирусной этиологии. Цитомегаловирусная инфекция. Герпетическая инфекция. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
26. ВУИ вирусной этиологии. Краснуха. ВИЧ-инфекция. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.

27. ВУИ бактериальной этиологии. Токсоплазмоз. Листерия. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Бактериологические и серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
28. ВУИ бактериальной этиологии. Микоплазмоз. Хламидиоз. Сифилис. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Бактериологические и серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
29. Сепсис у новорожденных детей. Этиология. Патогенез. Классификация.
30. Сепсис у новорожденных детей. Клиника. Диагноз. Картина крови. Роль бактериологического и иммунологического методов исследования крови в диагностике сепсиса.
31. Сепсис у новорожденных детей. Принципы лечения. Правила назначения антибактериальной терапии. Санация первичного и метастатических гнойных очагов. Прогноз. Профилактика.
32. Особенности течения сепсиса у недоношенных детей. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
33. Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных. Этиологические факторы. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.
34. Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Заболевания пупочного канатика и пупочной ранки у новорожденных. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
35. Геморрагическая болезнь новорожденных детей. Причины. Клинические формы. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

**ТЕСТ.** Перечень тестовых вопросов согласно тематике раздела

**7семестр**

**Дефицитные состояния**

1. Начальным звеном в патогенезе витамин D-дефицитного рахита является:
  1. гиперфункция паращитовидных желез
  2. нарушение всасывания Са из кишечника
  3. уменьшение реабсорбции фосфора в почечных канальцах
  4. ацидоз
  5. уменьшение отложения Са и Р в костях
  
2. Характерные костные изменения для подострого течения рахита:
  1. краниотабес
  2. «квадратная» голова
  3. «куриная» грудь
  4. искривление нижних конечностей
  5. «гаррисонова борозда»
  
3. В начальном периоде рахита уровень Са в крови:
  1. резко снижен
  2. резко увеличен
  3. в норме
  4. умеренно снижен
  5. умеренно увеличен
  
4. У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес:  
Вы считаете необходимым:
  1. определить Са, Р, щелочную фосфатазу
  2. ограничиться наблюдением
  3. сделать рентгенографию черепа
  4. сразу назначить витамин D до 500 МЕ в сутки
  5. назначить препараты кальция
  
5. Типичным ранним клиническим симптомом рахита является:
  1. опрелость
  2. эритематозная сыпь
  3. извращения вкуса
  4. частый жидкий стул
  5. нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы
  
6. Характерные изменения со стороны костной системы при остром течении рахита:
  1. размягчение костей черепа
  2. остеоидная гиперплазия
  3. рахитические «браслетки»
  4. лобные бугры
  5. «четки»
  
7. 25-гидрохолекальциферол образуется в:
  1. почках
  2. печени
  3. кишечнике
  4. костях

8. Нормальный уровень кальция в сыворотке крови у детей грудного возраста составляет \_\_\_\_\_ ммоль/л:

1. 1,29 – 2,26
2. 2,2 – 2,7
3. 1,2 – 2,55
4. 1,25 – 1,35

9. Нормальный уровень фосфора в сыворотке крови у детей грудного возраста составляет \_\_\_\_\_ ммоль/л:

1. 1,1 – 1,4
2. 0,2 – 0,7
3. 3,0 – 3,3
4. 2,2 – 2,7

10. Для рахита характерен:

1. метаболический ацидоз
2. дыхательный ацидоз
3. алкалоз
4. метаболический алкалоз

11. К начальным признакам рахита относят:

1. квадратный череп
2. реберные четки
3. Х – или О – образная форма ног
4. податливость и размягчение краев родничка, потливость
5. “симптом перочинного ножа”

12. Характерные клинические проявления цветущего рахита 2-ой степени тяжести острого течения:

1. гнейс
2. краниотабес
3. ”бугры”, ”четки”, ”браслеты”
4. тяжелая анемия
5. изменение функций внутренних органов

13. Рахитические четки у детей образуются:

1. по ходу ламбовидного шва
2. на запястье
3. на границе костной и хрящевой части ребер
4. по центру грудины
5. на нижней апертуре ребер

14. В начальном периоде рахита у детей уровень фосфора в крови:

1. снижен
2. увеличен
3. близок к норме
4. периодически повышается
5. периодически понижается

15. Курсовой метод профилактики рахита заключается в приеме витамина D:

1. ежедневно, в течение года
  2. ежедневно, в течение недели
  3. 1 раз в неделю
  4. 1 раз в месяц
  5. на протяжении первого года трехкратно по 1 месяцу, с интервалом в 3 месяца
16. К профилактическому методу приема витамина D относят:
1. ударный
  2. дробный
  3. фракционный
  4. витаминных толчков
  5. уплотненный
17. Для гипервитаминоза D не характерна:
1. гипокальциемия
  2. гиперкальциемия
  3. гиперфосфатемия
  4. нормальная активность щелочной фосфатазы
  5. гиперкальциурия
18. В развитии рахита предрасполагающую роль играет все кроме:
1. недоношенность
  2. тугое пеленание
  3. пол ребенка
  4. нерациональное вскармливание
  5. нерациональный уход
19. Для начального периода рахита характерно все кроме:
1. плаксивость
  2. потливость
  3. костные деформации
  4. снижение аппетита
  5. раздражительность
20. Степень тяжести рахита определяется на основании:
1. количества вовлеченных в патологический процесс систем организма
  2. появления потливости и вздрагивания
  3. продолжительности заболевания
  4. анализа крови
  5. ЭКГ
21. Наименее специфическим для рахита является:
1. Наличие «реберных четок»
  2. Задержка процессов роста
  3. Наличие лобных и теменных бугров
  4. Рентгенологическое изменение в зонах роста трубчатых костей
  5. Наличие гиперплазии остеоидной ткани в эпифизарных зонах
22. Острое течение рахита характеризуется преобладанием процессов:
1. гиперплазии остеоидной ткани
  2. остеомалации
  3. трофических нарушений

4. отставания в физическом развитии
  5. задержки нервно – психического развития
23. Дробный метод профилактического приема вит. D заключается в следующем:
1. 1 раз в неделю в течение года
  2. ежедневно в течение года, за исключением 3-х летних месяцев
  3. в течение 1 месяца
  4. месячными курсами с перерывами в 3 месяца
  5. 1 раз в месяц осенью и весной
24. Лечение витамин-Д-дефицитного рахита включает назначение препаратов витамина Д в суточной дозе \_\_\_\_\_ ме:
1. 500
  2. 2000 – 4000
  3. 1000 – 2000
  4. 6000
25. Для диагностики витамин-Д-дефицитного рахита необходимо определение в крови:
1. паратгормона
  2. остеокальцина, кальция, калия и магния
  3. кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
  4. тироксина
26. При витамин-Д-дефицитном рахите наблюдается сдвиг кислотно-основного состояния в сторону:
1. дыхательного алкалоза
  2. метаболического алкалоза
  3. дыхательного ацидоза
  4. метаболического ацидоза
27. Специфическая профилактика витамин-Д-дефицитного рахита здоровым доношенным детям проводится препаратами витамина Д в суточной дозе равной \_\_\_\_\_ ме:
1. 400 – 500
  2. 500 – 1000
  3. 2000 – 4000
  4. 5000
28. Причиной судорог при спазмофилии является:
1. гипофосфатемия
  2. гипокальциемия
  3. снижение активности фосфатазы
  4. гиперкальциемия
  5. гипокалемия
29. Одним из клинических проявлений явной спазмофилии является:
1. рвота
  2. лихорадка
  3. ларингоспазм
  4. диарея
  5. гипертония

30. Заподозрить у ребенка тетанию можно по:
1. плохому аппетиту
  2. адинамии
  3. анемии
  4. беспокойству, вздрагиванию
31. В лечении гипервитаминоза D не используются:
1. препараты Са
  2. овощная диета
  3. глюкокортикостероиды
  4. дезинтоксикационная терапия
  5. витамины "А" и "Е"
32. Спазмофилия встречается:
1. у новорожденных детей
  2. у детей грудного возраста
  3. в пубертатном периоде
  4. в дошкольном возрасте
  5. в раннем неонатальном периоде
33. Сокращение мускулатуры лица при постукивании молоточком по скуловой дуге называется симптомом:
1. Хвостека
  2. Труссо
  3. Маслова
  4. Эрба
  5. Люста
34. Много витамина D содержится в:
1. коровьем молоке
  2. печени трески
  3. овощах
  4. хлебе грубого помола
  5. фруктах
35. Симптомами гипервитаминоза D у детей являются:
1. высокая температура, жидкий стул
  2. рвота, потеря массы тела, гипофосфатемия, положительная проба Сулковича
  3. повышенный аппетит, гиперфосфатемия, отрицательная проба Сулковича
  4. краниотабес, остеомаляция
  5. гипотония, метеоризм, гепатомегалия
36. При гипервитаминозе D отмечают:
1. гипокальциемия
  2. гиперкальциемия
  3. гипофосфатемия
  4. высокая активность щелочной фосфатазы
  5. гиперкалемия
37. Факторы, провоцирующие судороги при спазмофилии все кроме:
1. повышенная инсоляция в весеннее время
  2. диета, бедная солями кальция

3. диета, богатая солями кальция
  4. рахит
  5. лечение большими дозами витамина D
38. При скрытой спазмофилии выявляют симптомы кроме:
1. лицевой феномен Хвостека
  2. карпопедальный спазм
  3. симптом Люста
  4. симптом Маслова
  5. феномен Труссо
39. В развитии гипервитаминоза D предрасполагающую роль играют:
1. возраст матери
  2. климатогеографические условия
  3. повышенная чувствительность к вит D, прием больших доз витамина D
  4. пол ребенка
  5. неблагоприятные бытовые условия
40. Железодефицитная анемия по характеристикам периферической крови относится к:
1. гипохромной, микроцитарной, регенераторной
  2. нормохромной, нормоцитарной, регенераторной
  3. гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной
  4. гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной
41. Какие изменения периферической крови трактуются как анемия?
1. снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
  2. снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
  3. снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
  4. снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов
42. Запас железа в организме определяет показатель:
1. гемоглобин
  2. трансферрин
  3. ферритин
  4. гематокрит
43. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у школьников является:
1. авитаминоз
  2. глистная инвазия
  3. нарушение всасывания железа
  4. хроническая кровопотеря
44. К признакам железодефицитной анемии относят повышение:
1. уровня сывороточного железа
  2. железосвязывающей способности сыворотки крови
  3. коэффициента насыщения трансферрина
  4. уровня ферритина в крови
45. Какой белок транспортирует железо из крови в костный мозг?
1. гемосидерин
  2. ферритин

3. трансферрин
  4. миоглобин
46. Примером негемового железа в организме является:
1. гемоглобин
  2. ферритин
  3. гемосидерин
  4. миоглобин
47. Критерием развития железодефицитной анемии у детей от 6 месяцев до 5 лет по нормативам ВОЗ (по венозной крови) является снижение гемоглобина менее \_\_\_ г/л
1. 110
  2. 100
  3. 120
  4. 90
48. Для анемии тяжелой степени характерно снижение гемоглобина ниже \_\_\_ г/л:
1. 90
  2. 100
  3. 70
  4. 80
49. Для диагностики железодефицитной анемии необходимо определение:
1. железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина
  2. сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
  3. сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина
  4. сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
50. Для диагностики железодефицитной анемии наиболее важным критерием является:
1. наличие источника кровопотери
  2. наличие гипохромной анемии
  3. снижение сывороточного железа
  4. снижение железосвязывающей способности сыворотки
51. Наиболее частая причина развития железодефицита у детей раннего возраста заключается в:
1. хронической кровопотере
  2. нерациональном вскармливании
  3. гельминтозе
  4. гемолизе эритроцитов
52. Ребенку в возрасте 25 дней должен быть выставлен диагноз «анемия» при гемоглобине менее \_г/л
1. 120
  2. 130
  3. 160
  4. 140
53. Для железодефицитной анемии в периферической крови отмечается:
1. гипохромия, микроцитоз
  2. гиперхромия, макроцитоз
  3. ретикулоцитоз, гиперхромия

4. макроцитоз, ретикулоцитопения
54. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:
  1. нормохромной
  2. гиперхромной
  3. гипохромной
  4. гипорегенераторной
  5. гиперрегенераторной
55. Для железодефицитной анемии не характерна:
  1. нарастающая бледность кожных покровов
  2. лимфоаденопатия
  3. утомляемость, раздражительность
  4. трофические нарушения кожи, волос, ногтей
  5. систолический шум на верхушке сердца
56. Первыми клиническими проявлениями железодефицитной анемии являются:
  1. задержка психомоторного развития
  2. гепатолиенальный синдром
  3. бледность кожи и слизистых
  4. дистрофия волос и ногтей
  5. безбелковые отеки
57. Под анемией у детей 1 года жизни понимается снижение количества гемоглобина менее (г/л):
  1. 180
  2. 150
  3. 130
  4. 120
  5. 110
58. Способствуют лучшему усвоению железа в ЖКТ:
  1. танины
  2. дисбактериоз
  3. витамин С
  4. фосфаты
  5. фитиновая кислота
59. Под анемией понимается снижение количества эритроцитов менее (млн.):
  1. 5,5
  2. 5,0
  3. 4,5
  4. 4,3
  5. 4,0
60. Депонирование железа у ребенка происходит:
  1. последний триместр беременности матери
  2. в первый триместр беременности матери
  3. во второй триместр беременности
  4. после рождения
  5. на 4-6 мес после рождения

61. При железодефицитной анемии выявляется снижение показателей кроме:
1. процента насыщения трансферрина
  2. уровня сывороточного железа
  3. уровня ферритина в сыворотке
  4. концентрации гемоглобина в эритроците
  5. железосвязывающей способности сыворотки крови
62. Латентный дефицит железа (ЛДЖ) характеризуется:
1. низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа
  2. низким уровнем гемоглобина
  3. снижением уровня сывороточного железа
  4. железосвязывающей способностью сыворотки (ОЖСС)
63. Критерием эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа является:
1. увеличение количества тромбоцитов
  2. ретикулоцитарная реакция
  3. увеличение количества лейкоцитов
  4. замедление скорости оседания эритроцитов
64. Длительность ферротерапии в поддерживающей дозировке определяется:
1. скоростью повышения гемоглобина
  2. факторами риска развития анемии
  3. степенью анемии
  4. экономическими факторами семьи
65. Профилактикой дефицита железа у здорового ребенка 1-го года жизни является своевременное введение прикорма:
1. молочными кашами
  2. мясными продуктами
  3. овощными пюре
  4. фруктовыми соками
66. Для профилактики анемии ребёнку первого года жизни можно назначить:
1. витрум бэби
  2. мультитабс
  3. феррум-лек
  4. сорбифер дурулес
67. Терапевтическая доза препаратов железа для перорального применения при железодефицитной анемии составляет \_\_\_\_\_ мг/кг:
1. 2-3
  2. 4-6
  3. 1-2
  4. 10
68. При лечении железодефицитных анемий не проводится:
1. заместительная терапия препаратами крови
  2. назначение препаратов железа парентерально
  3. назначение поливитаминов

4. использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками
  5. назначение препаратов железа per os
69. Депонирование железа у ребенка происходит:
1. последний триместр беременности матери
  2. в первый триместр беременности матери
  3. во второй триместр беременности
  4. после рождения
  5. на 4-6 месяце после рождения
70. ЖДА у детей после 5 лет диагностируется при снижении гемоглобина ниже (г/л):
1. 140
  2. 130
  3. 110
  4. 120
  5. 115
71. Систолический шум на верхушке сердца при ЖДА обусловлен:
1. недостаточностью митрального клапана
  2. недостаточностью трикуспидального клапана
  3. стенозом устья аорты
  4. уменьшением вязкости крови
  5. стенозом легочного ствола
72. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются следующие факторы кроме:
1. алиментарные (недостаточное поступление железа с пищей)
  2. синдром мальабсорбции
  3. инфекционные заболевания
  4. аплазия костного мозга
  1. 5.повышенная потребность организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды
73. Продолжительность лечения железодефицитной анемии умеренной степени тяжести составляет \_\_\_\_ мес:
1. 4,5
  2. 3
  3. 5
  4. 6
74. Препараты железа при латентном дефиците железа используют в половинной терапевтической дозе в течение \_\_\_\_ мес.:
1. 2
  2. 3
  3. 4
  4. 6

**Нарушения питания и фоновые заболевания 7 семестр**

1. Продолжительность периода определения толерантности к пище при белково-энергетической недостаточности составляет:
  1. 3 – 7 дней
  2. 1 – 2 дня
  3. 7 – 14 дней
  4. 14 – 28 дней
  
2. При установлении тяжести белково-энергетической недостаточности учитывают:
  1. дефицит массы тела
  2. состояние резистентности организма
  3. состояние толерантности к пище
  4. наличие признаков полигиповитаминоза
  
3. Для коррекции белка при лечении белково - энергетической недостаточности у детей первого года жизни используется:
  1. низколактозная смесь
  2. смесь для маловесных детей
  3. кисломолочная смесь
  4. творог
  
4. К начальным симптомам хронического расстройства питания относятся:
  1. бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
  2. повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела
  3. снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
  4. повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов
  
5. В питании детей с целиакией можно использовать:
  1. ржаной хлеб
  2. ячменную кашу
  3. кукурузную кашу
  4. пшеничный хлеб
  
6. Диета при целиакии назначается:
  1. пожизненно
  2. на 1-2 месяца
  3. от 6 мес. до 1 года
  4. до пубертатного периода
  
7. Для подтверждения диагноза целиакии проводится биопсия слизистой оболочки----кишки:
  1. ободочной
  2. повздошной
  3. тощей
  4. прямой
  
8. При лактазной недостаточности назначается:
  1. панзинорм
  2. фестал
  3. лактазар
  4. креон

9. Термин "экссудативно-катаральный диатез" следует использовать:
1. в качестве диагноза кожного заболевания
  2. для констатации предрасположенности ребенка к экссудативно-катаральному типу воспаления
  3. для обозначения типа конституции
  4. для обозначения семейной предрасположенности к аллергии
  5. термин устарел и его не следует использовать в практике педиатра
10. Проявления детской экземы у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:
1. IgA
  2. IgE
  3. IgM
  4. IgG
11. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:
1. нервно-артритическом
  2. лимфатико-гипопластическом
  3. экссудативно-катаральном
  4. геморрагическом
  5. атопическом
12. Внезапная смерть при лимфатико-гипопластическом диатезе может наступить от:
1. нейротоксикоза
  2. эксикоза
  3. дыхательной недостаточности
  4. острой надпочечниковой недостаточности
  5. почечной недостаточности
13. Кожными проявлениями экссудативно-катарального диатеза являются все кроме:
1. себорейные чешуйки
  2. строфулюс
  3. «сухая», «мокнущая» экзема
  4. витилиго
  5. опрелости
14. При обострении экссудативного диатеза обычно не назначают:
1. 7-10 дневные курсы гипосенсибилизирующей терапии
  2. антибиотики
  3. лактобактерин, бифидумбактерин, глюконат кальция
  4. рациональное питание с исключением потенциально аллергенных продуктов
  5. витамины: B<sub>6</sub>, C, A, E, B<sub>5</sub>, B<sub>15</sub>
15. Возможные исходы экссудативно-катарального диатеза все кроме:
1. выздоровление
  2. трансформация в бронхиальную астму
  3. экзема
  4. нейродермит
  5. геморрагический диатез

16. ЭКД чаще возникает у детей в возрасте:
1. до года
  2. дошкольном
  3. школьном
  4. у новорожденных
  5. после года
17. Для кожных проявлений экссудативного диатеза характерно все кроме:
1. гнейс
  2. опрелости
  3. молочный струп
  4. эритематозно-папулезная сыпь
  5. геморрагические высыпания
18. Основными принципами диетотерапии при ЭКД являются:
1. исключение коровьего молока, цитрусовых, шоколада, сахара, яиц
  2. диета богатая углеводами
  3. диета богатая белком
  4. большое количество цитрусовых и сладостей
  5. ранее смешанное вскармливание
19. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при диатезе:
1. нервно-артритическом
  2. лимфатико-гипопластическом
  3. экссудативно-катаральном
  4. геморрагическом
  5. атопическом
20. Характерные лабораторные изменения при экссудативно-катаральном диатезе:
1. нейтрофилез со сдвигом влево
  2. гиперпротеинемия
  3. увеличение Ig E, снижение Jg A
  4. ацидоз
  5. гипергликемия
21. В целях профилактики развития аномалий конституции используют все кроме:
1. рациональное питание беременных женщин из “аллергических семей”
  2. ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное вскармливание
  3. естественное вскармливание с относительно поздним введением соков и прикорма
  4. прикорм с исключением облигатных аллергенов
  5. индивидуальный план прививок с проведением подготовки и неспецифической гипосенсибилизации
22. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и накоплении мочевой кислоты, называется:
1. лимфатико-гипопластическим
  2. нервно-артритическим
  3. экссудативно-катаральным
  4. геморрагическим
  5. атопическим
23. Укажите, какие синдромы не характерны для нервно-артритического диатеза:
1. обменный

2. кожный
3. неврастенический
4. спастический
5. гепато-лиенальный

24. При лечении детской экземы в последнюю очередь будут использованы:

1. антигистаминные препараты
2. седативные препараты
3. ферменты
4. глюкокортикоиды
5. диетотерапия

25. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:

1. нервно-артритическим
2. лимфатико-гипопластическим
3. экссудативно-катаральным
4. геморрагическим
5. атопическим

26. Лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний как:

1. детская экзема
2. синдром мальабсорбции
3. синдром внезапной смерти
4. подагра
5. мочекаменная болезнь

27. Сроки возникновения нервно – артритического диатеза у детей:

1. до года
2. до 2-х лет
3. 3 года
4. в школьном возрасте, чаще от 7 до 12 лет
5. в подростковом

28. При гипероксалурии исключают из питания:

1. огурцы
2. горох
3. щавель
4. картофель

### **Болезни органов дыхания у детей раннего возраста 8 семестр**

**1. Для обструктивного бронхита характерно:**

1. пульсация шейных вен
2. брадипное
3. бледность кожных покровов
4. экспираторная одышка
5. инспираторная одышка

**2. Характер перкуторного звука при простом бронхите:**

1. локальное притупление
2. коробочный оттенок

3. укорочение
4. "бедренный" звук
5. легочной звук

**3. Рентгенологическая картина острых бронхитов:**

1. наличие инфильтратов в легких
2. прикорневая инфильтрация
3. усиление легочного рисунка
4. деформация прикорневого рисунка
5. оголение корней легких

**4. Для острого обструктивного бронхита характерно все кроме:**

1. инспираторная одышка
2. экспираторная одышка
3. коробочный оттенок перкуторного звука
4. сухие свистящие хрипы
5. усиление легочного рисунка, повышенная прозрачность на рентгенограмме

**5. Аускультативная симптоматика при острых бронхитах:**

1. нет хрипов
2. сухие хрипы, влажные среднепузырчатые хрипы
3. ослабленное дыхание
4. локальные мелкопузырчатые
5. крепитирующие

**6. Препарат, который обладает бронходилатирующим действием:**

1. Амброксол
2. Ацетилцистеин
3. Сальбутамол
4. Бромгексин
5. Мукалтин

**7. Ведущим этиологическим фактором, вызывающим острый бронхиолит, является:**

1. респираторно-синтициальный вирус
2. коронавирус
3. ротавирус
4. метапневмовирус

**8. Пик заболеваемости бронхиолитом наблюдается у детей:**

1. младшего школьного возраста
2. первого года жизни
3. в возрасте от 1 до 3 лет
4. дошкольного возраста

**9. К основным физикальным признакам острого бронхита относят \_\_\_\_\_ хрипы:**

1. локальные сухие
2. рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
3. локальные мелкопузырчатые влажные
4. рассеянные мелкопузырчатые

**10. К основным физикальным признакам обструктивного бронхита относят \_\_\_\_\_ хрипы:**

1. локальные сухие
2. рассеянные сухие свистящие
3. рассеянные мелкопузырчатые
4. локальные мелкопузырчатые

**11. Основным возбудителем бронхитов у детей является:**

1. хламидия
2. микопlasма
3. респираторный вирус
4. легионелла

**12. К основным физикальным признакам бронхиолита относят \_\_\_\_\_ хрипы:**

1. рассеянные сухие
2. локальные мелкопузырчатые
3. локальные сухие
4. рассеянные мелкопузырчатые

**13. О развитии дыхательной недостаточности у ребенка с обструктивным бронхитом свидетельствует:**

1. появление коробочного перкуторного звука
2. наличие свистящих хрипов при аускультации
3. наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации
4. участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

**14. Наиболее частой причиной развития бронхита у детей является:**

1. грибковая инфекция
2. бактериальная инфекция
3. вирусная инфекция
4. аллергическая реакция

**15. При обструктивном бронхите выслушивают \_\_\_\_\_ хрипы:**

1. диффузные сухие свистящие
2. диффузные мелкопузырчатые влажные
3. локальные мелкопузырчатые влажные
4. диффузные разнокалиберные влажные

**16. Для острого простого бронхита характерен \_\_\_\_\_ перкуторный звук:**

1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. укороченный легочный

**17. Детям с обструктивным бронхитом показано назначение:**

1. антибактериальной терапии
2. ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками
3. базисной терапии глюкокортикостероидами
4. ингаляционной терапии бета2-агонистами

**18. «Золотым стандартом» в диагностике острой пневмонии являются:**

1. инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме
2. разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
3. воспалительные изменения в общем анализе крови
4. повышение температуры, кашель влажный, симптомы

**19. К показателю тяжести пневмонии относят:**

1. температуру
2. кашель
3. степень дыхательной недостаточности
4. локализованные хрипы

**20. Основным возбудителем внебольничной пневмонии у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:**

1. стафилококк
2. стрептококк
3. энтерококк
4. пневмококк

**21. Основными физикальными признаками очаговой пневмонии являются \_\_хрипы:**

1. рассеянные сухие свистящие
2. локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
3. локальные сухие свистящие
4. рассеянные мелкопузырчатые влажные

**22. К основным физикальным признакам полисегментарной пневмонии относят:**

1. локальные разнокалиберные влажные хрипы
2. притупление перкуторного звука
3. коробочный звук при перкуссии
4. рассеянные мелкопузырчатые хрипы

**23. К клиническому проявлению пневмоцистной пневмонии относят:**

1. выраженную одышку
2. грубый лающий кашель
3. фебрильную лихорадку
4. сухой плеврит

**24. Ведущим клиническим симптомом в диагностике пневмонии является:**

1. жесткое дыхание
2. ослабленное дыхание
3. локальная крепитация
4. одышка

**25. К наиболее частым осложнениям пневмонии у детей относят:**

1. надпочечниковую недостаточность
2. кишечный токсикоз
3. дыхательную недостаточность
4. судорожный синдром

**26. Этиология пневмонии в первом полугодии жизни, меньшее значение имеет флора:**

1. стафилококк
2. пневмококк
3. клебсиелла
4. синегнойная палочка
5. стрептококк

**27. Развитие пиопневмоторакса в первые 2-3 дня от начала заболевания типично для пневмонии:**

1. пневмококковой
2. пневмоцистной
3. микоплазменной
4. стафилококковой
5. грибковой

**28. Максимально нарушается диффузия газов при пневмонии**

1. очагово-сливной
2. сегментарной
3. крупозной
4. интерстициальной
5. деструктивной

**29. Показанием к проведению инфузионной терапии при пневмонии является:**

1. одышка
2. тахикардия
3. олигурия
4. анорексия
5. гипертермия

**30. При ДН1 отмечается:**

1. одышка в покое
2. участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
3. периоральный цианоз
4. бледность лица
5. отношение пульса к числу дыхания как 3,5:1

**31. В качестве этиологического фактора внебольничных пневмоний у детей старше 6 месяцев преобладает флора:**

1. пневмотропная (пневмококки, гемофильная палочка)
2. стафилакокки, кишечная
3. полирезистентная грамм (-)
4. грибы рода Candida
5. пневмоцисты

**32. В этиологии пневмонии у редко болеющих детей после года ведущее значение имеет:**

1. пневмококк
2. стрептококк
3. стафилококк
4. клебсиелла

**33. Утолщение кожной складки над пораженным участком типично:**

1. для очаговой пневмонии
2. для ателектаза
3. для пневторакса
4. для гнойного плеврита

**34. Причиной экспираторной одышки является:**

1. стеноз гортани
2. пневмония
3. бронхоспазм
4. трахеит
5. синусит

**35. Ранними признаками острых пневмоний являются:**

1. сухие рассеянные хрипы
2. жесткое дыхание
3. ослабленная бронхофония
4. хриплый голос
5. локальные влажные мелкопузырчатые хрипы

**36. Гипертермия с ознобом в первые часы заболевания типична для пневмонии:**

1. стафилококковой
2. микоплазменной
3. пневмоцистной
4. пневмококковой
5. грибковой

**37. Локальная физикальная симптоматика (укорочение перкуторного звука, ослабление или бронхиальный оттенок дыхания, локальные хрипы над местом поражения) является достоверным признаком:**

1. острой пневмонии
2. обструктивного бронхита
3. ОРВИ
4. бронхолита
5. бронхиальной астмы

**38. К возникновению острой пневмонии у детей раннего возраста предрасполагают состояния кроме:**

1. паратрофия
2. гипотрофия
3. экссудативный диатез
4. рахит
5. гемофилия

**39. Основные клинические признаки пневмонии все кроме:**

1. повышение температуры тела выше  $38,5^{\circ}$  более 3-х дней
2. локальные укорочения перкуторного звука
3. рентгенологически – инфильтрация легочной ткани
4. отеки
5. локальные крепитирующие хрипы

**40. К гнойным осложнениям стафилококковой пневмонии относятся:**

1. кардиоваскулярный синдром

2. нейротоксикоз
3. эмпиема плевры
4. менингизм
5. гепатолиенальный синдром

**41. Показаниям для назначения больному с острой пневмонией инфузионной терапии является:**

1. тахикардия, несоответствующая температуре
2. выраженный инфекционный токсикоз
3. анемия
4. кардиоваскулярный синдром
5. гипотрофия II степени

**Болезни органов дыхания у детей старшего возраста 8 семестр**

**1. Легочным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей, является**

1. фиброзирующий альвеолит
2. эозинофильная пневмония
3. бронхиальная астма
4. гиперчувствительный пневмонит

**2. Бронхиальная астма, характеризующаяся приступами, в том числе и ночными, затрудненного дыхания, повторяющимися чаще одного раза в неделю, которые купируются повторным использованием бронхолитиков и глюкокортикостероидов, расценивается как**

1. тяжелая персистирующая
2. среднетяжелая персистирующая
3. легкая интермиттирующая
4. легкая персистирующая

**3. Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы применяют**

1. теofilлины замедленного высвобождения
2. ингаляционные глюкокортикостероиды
3. бета-2 агонисты короткого действия
4. антигистаминные препараты

**4. Наиболее частым побочным эффектом ингаляционных глюкокортикостероидов является**

1. недостаточность коры надпочечников
2. остеопороз
3. гипогликемия
4. кандидоз полости рта

**5. К быстрому и пролонгированному бронходилатирующему эффекту приводит сочетанное применение ипратропиум-бромид и**

1.  $\beta$ 2-агонистов
2. кромогликата натрия
3. м-холинолитиков
4. адреналина

**6. Первыми признаками передозировки эуфиллина являются**

1. головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
2. падение артериального давления и головокружение
3. нарушение сердечного ритма и обморок
4. повышение артериального давления и шум в ушах

**7. Ребенку и его семье при диагностировании у него бронхиальной астмы врач должен рекомендовать**

1. обучение на дому
2. исключение всех физических нагрузок
3. смену места жительства
4. посещение астма-школы

**8. Основу третичной профилактики бронхиальной астмы составляют мероприятия, направленные на**

1. укрепление иммунитета
2. предотвращение развития аллергической сенсibilизации
3. исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
4. устранение контакта со значимыми аллергенами

**9. Для купирования легкой и средней степени тяжести приступа бронхиальной астмы применяется**

1. оральные кортикостероиды
2. бета-2-агонист короткого действия
3. ингаляционный кортикостероид
4. теofilлин короткого действия

**10. При обострении хронического процесса в легких назначают**

1. цитостатики
2. антибиотики
3. антигистаминные
4. аденоблокаторы

**11. Исключением для бронхиальной астмы является**

1. повышение хлоридов в поте и моче
2. повышение  $IgE$  в крови
3. повышение эозинофилов в крови
4. нарушение функции внешнего дыхания

**12. С помощью пикфлоуметра измеряется**

1. сатурация кислорода
2. напряжение кислорода в крови
3. максимальная (пиковая) скорость выдоха
4. напряжение углекислого газа в крови

**13. Объем форсированного выдоха за первую секунду (офв1) при тяжелой бронхиальной астме менее \_\_\_\_%**

1. 60
2. 70
3. 80
4. 90

**14. При астматическом статусе в стадии декомпенсации при аускультации выслушивают**

1. ослабленное дыхание
2. жесткое дыхание
3. везикулярное дыхание
4. «немое легкое»

**15. При пикфлоуметрии определяют**

1. жизненную емкость легких
2. объем форсированного выдоха
3. форсированную жизненную емкость легких
4. пиковую скорость выдоха

**16. Что не относится к типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период относятся:**

1. нарушения подвижности грудной клетки
2. вздутия грудной клетки
3. увеличения лимфоузлов средостения
4. расширение межреберных промежутков

**17. Какой вариант не используется в поддерживающей терапии на третьей ступени лечения бронхиальной астмы:**

1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс  $\beta_2$ -агонист длительного действия
2. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
3. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс антилейкотриены
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

**18. Критериями тяжелого приступа бронхиальной астмы у детей не являются:**

1. вынужденное положение ребенка в постели
2. свистящее дыхание и затруднение речи
3. нерезкая экспираторная одышка
4. участие вспомогательных мышц резко выражено

**19. Одной из основных жалоб больного с бронхиальной астмой является жалоба на**

1. кашель с гнойной мокротой
2. кровохарканье
3. приступы удушья
4. боль в грудной клетке

**20. Для аускультативной картины во время приступа бронхиальной астмы наиболее характерно наличие**

1. крепитации
2. влажных мелкопузырчатых хрипов
3. шума трения плевры
4. сухих свистящих хрипов

**21. При атопической бронхиальной астме наблюдается гиперпродукция иммуноглобулинов класса**

1. e
2. a

3. м
4. g

**22. Бронхиальная астма с повторяющимися приступами весной обусловлена сенсibilизацией к \_\_\_\_\_ аллергенам**

1. эпидермальным
2. пыльцевым
3. пищевым
4. грибковым

**23. Бронхиальная астма – это**

1. хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
2. хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
3. заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
4. хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

**24. Объем форсированного выдоха за первую секунду (офв1) при тяжелой бронхиальной астме менее \_\_\_\_%**

1. 60
2. 70
3. 80
4. 90

**25. Гиперреактивность бронхов – это**

1. неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры
2. повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
3. склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
4. изменение реологических свойств мокроты

**26. Перечислите возможные варианты поддерживающей терапии на второй ступени лечения бронхиальной астмы:**

1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов или антилейкотриеновый препарат
2. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов и теофиллин пролонгированного действия
3. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

**27. Наиболее информативное значение в диагностике бронхиальной астмы у детей в возрасте старше 5 лет имеет**

1. общий анализ крови
2. определение общего  $ige$  в сыворотке крови
3. исследование функции внешнего дыхания
4. рентгенография органов грудной клетки

**28. Для купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе применяют**

1. флутиказон
2. эуфиллин
3. цетиризин
4. сальбутамол

**29. Каким свойством обладает зафирлукаст?**

1. блокирует гистаминовые рецепторы
2. оказывает отхаркивающее действие
3. является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
4. является ингибитором синтеза простагландинов

**30. Признак, не характерный для бронхиальной астмы**

1. повышение хлоридов в поте и моче
2. жесткое дыхание
3. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
4. рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

**31. С помощью пикфлоуметра измеряется**

1. жизненная емкость легких
2. остаточный объем легких
3. общая емкость выдоха
4. максимальная (пиковая) скорость выдоха (pef)

**32. Наиболее типичным в клинике бронхиальной астмы у детей раннего возраста является**

1. затрудненный вдох
2. асимметричные влажные хрипы в легких
3. затрудненный выдох
4. ослабление дыхания при аускультации легких

**33. Бронхиальная астма характеризуется**

1. экспираторной одышкой
2. афонией
3. инспираторной одышкой
4. дизурией

**34. Комбинированным препаратом, в состав которого входят фенотерол + ипратропиум бромид, является**

1. сальбутамол
2. аскорил
3. бронхолитин
4. беродуал

**35. При обострении бронхиальной астмы препаратом выбора для купирования приступа является**

1. сальбутамол
2. монтелукаст
3. кетотифен
4. преднизолон

**36. Основной, постоянно присутствующий симптом, свидетельствующий о наличии бронхоэктатической болезни:**

1. сухой кашель
2. влажность кожных покровов
3. постоянное выделение слизисто-гноной мокроты
4. орви частотой 1-2 раза в год

**37. Укажите обязательный компонент определяющий «бронхоэктатическую болезнь»:**

- 1) деформация грудины
- 2) стафилококковые буллы
- 3) осиплый голос
- 4) стойкая деформация бронхов

**38. Показанием для оперативного лечения БЭБ является:**

- 1) двухсторонний распространенный хронический процесс
- 2) небольшой объем поражения с редкими обострениями
- 3) вторичный хронический воспалительный процесс
- 4) локализация мешотчатых бронхоэктазов в пределах одной доли, при частых обострениях

**39. Окончательный диагноз бронхоэктазов позволит установить:**

- 1) рентгенография органов грудной клетки
- 2) спирография
- 3) бронхография
- 4) бронхоскопия

**40. К необратимым морфологическим изменениям при бронхоэктатической болезни относят:**

- 1) инфильтрация легочной ткани
- 2) пневмосклероз
- 3) деформация бронхов без бронхоэктазов
- 4) симптомы интоксикации

**41. Муковисцидоз не сопровождается:**

- 1) отставанием в физическом развитии
- 2) частыми гайморитами
- 3) микроцефалией
- 4) полигиповитаминозами

**42. Решающим в диагностике муковисцидоза является:**

- 1) определение хлоридов в поте
- 2) определение хлоридов в сыворотке
- 3) исследование фвд
- 4) определение натрия в поте

**43. К наследственным заболеваниям легких относят:**

- 1) муковисцидоз
- 2) бронхоэктатическую болезнь
- 3) хронический бронхит
- 4) гипоплазия легкого

**44. К болезням легких возникших в периоде новорожденности относят:**

- 1) хронический бронхит
- 2) муковисцидоз
- 3) бронхиальную астму
- 4) бронхолегочную дисплазию

**45. К врожденным порокам развития легких не относятся:**

- 1) агенезия легкого
- 2) трахеобронхомегалия
- 3) поликистоз легких
- 4) синдром мальабсорбции

**46. Что из ниже перечисленного не имеет принципиального значения в анамнезе больных муковисцидозом:**

- 1) наличие хронических бронхолегочных заболеваний среди родственников больного
- 2) случаи смерти новорожденных в семейном анамнезе от кишечной непроходимости
- 3) алкоголизм родителей
- 4) случаи смерти детей в семье от муковисцидоза

**47. В диагностике муковисцидоза не имеют значение:**

- 1) потовый тест
- 2) исследование функции поджелудочной железы
- 3) копрологическое исследование
- 4) биопсия тонкой кишки

**48. Для муковисцидоза не характерны следующие клинические симптомы:**

- 1) множественные поражения бронхолегочной системы
- 2) упорный кишечный синдром
- 3) симптомы «соленого» ребенка
- 4) вид «паука»

**Болезни органов кровообращения у детей раннего и старшего возраста 8 семестр**

**1. Особенностью ревматического перикардита является**

1. небольшой объем выпота
2. значительный объем выпота
1. 3 развитие фибринозного перикардита
3. частое развитие тампонады сердца

**2. Наиболее информативными и доступными диагностическими методами исследования при болезнях перикарда являются: электрокардиография и**

1. магниторезонансная томография сердца
2. рентгенография органов грудной клетки
3. перикардиоцентез
4. эхокардиография

**3. До установления точного диагноза артрита в его лечении можно использовать**

1. нестероидные противовоспалительные препараты
2. антибиотики

3. преднизолон
4. сульфаниламиды

**4. Острая правожелудочковая недостаточность с симптомами застоя развивается в результате**

1. перегрузки правых отделов сердца
2. перегрузки левых отделов сердца
1. 3. нарушений сердечного ритма
3. ишемии миокарда

**5. Сердечная недостаточность I стадии у детей характеризуется**

1. цианозом в покое
2. тахикардией в покое
3. тахипноэ при физической нагрузке
4. увеличением печени

**6. К селективным маркерам миокардиального повреждения относят**

1. аланинаминотрансферазу
2. с-реактивный белок
3. аспартатаминотрансферазу
4. креатинфосфокиназу и мв-фракции

**7. Увеличение печени наиболее вероятно при**

1. левожелудочковой сердечной недостаточности
2. сосудистой недостаточности
3. правожелудочковой сердечной недостаточности
4. синусовой аритмии

**8. Острая сосудистая недостаточность проявляется**

1. сухими хрипами в легких
2. падением артериального давления
3. влажными хрипами в легких
4. влажным кашлем

**9. Сердечная недостаточность не может быть следствием**

1. инфекционного эндокардита
2. врожденных пороков сердца
3. тяжелых нарушений сердечного ритма
4. заболеваний желудочно-кишечного тракта

**10. Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется**

1. появлением влажных хрипов в легких, тахикардией, тахипноэ
2. увеличением размеров печени
1. 3.) повышением артериального давления
3. отеками на ногах

**11. Характерным признаком артрита при острой ревматической лихорадке является**

1. поражение мелких суставов
2. летучесть болей
3. утренняя скованность суставов
4. длительное течение артрита

**12. В основные (большие) диагностические критерии острой ревматической лихорадки входит**

1. хорея
2. перемежающаяся хромота
3. лихорадка
4. мигрирующая эритема

**13. Поражение почек при ревматоидном артрите чаще характеризуется**

1. интерстициальным нефритом
2. пиелонефритом
3. амилоидозом
4. дисметаболической нефропатией

**14. При инфекционном эндокардите чаще всего поражается эндокард**

1. клапана легочной артерии
2. митрального клапана
3. трехстворчатого клапана
4. аортального клапана

**15. Развитию острой ревматической лихорадки предшествует \_\_\_\_\_ инфекция**

1. стрептококковая
2. кишечная
3. стафилококковая
4. вирусная

**16. Всмотр врачом-ревматологом пациентов, получающих иммунодепрессанты, проводится 1 раз в**

1. 6 месяцев
2. 3 месяца
3. месяц
4. год

**17. В лечении ревматического кардита обязательным является назначение**

1. антигистаминных препаратов
2. иммуностимуляторов
3. противовирусных препаратов
4. глюкокортикоидов

**18. Одним из основных критериев острой ревматической лихорадки является**

1. полимиозит
2. кардит
3. перитонит
4. артралгия

**19. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по Киселю–Джонсу–Нестерову относят**

1. полиартрит
2. повышение титра асЛО
3. снижение зубца T на ЭКГ
4. увеличение QT на ЭКГ

**20. У семилетнего мальчика выслушивается систолический шум на верхушке сердца. функциональный характер шума подтверждает то, что шум**

1. усиливается в вертикальном положении
2. выслушивается в середине систолы
3. уменьшается при физической нагрузке
4. проводится на сосуды шеи

**21. При резко выраженной недостаточности аортального клапана характерным является \_\_\_\_\_ артериальное давление**

1. повышенное на руках, пониженное на ногах
2. сниженное систолическое, нормальное диастолическое
3. сниженное систолическое, повышенное диастолическое
4. нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое

**22. При аускультации сердца у ребенка с митральной недостаточностью выслушивается**

1. длительный, дующий, систолический шум, связанный с  $i$  тоном, с эпицентром на верхушке сердца, стойкий в динамике и при перемене положения тела
2. протодиастолический шум, вдоль левого края грудины, после глубокого выдоха и при наклоне больного вперед
3. нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
4. мезодиастолический шум с эпицентром в  $v$  точке, ослабевающий при сидении на корточках

**23. Наиболее достоверным методом исследования при дифференциальной диагностике недостаточности митрального клапана и пролапса митрального клапана является**

1. рентгенография
2. электрокардиограмма
3. эхокардиография
4. векторкардиография

**24. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относится**

1. артралгия
2. кардит
3. лихорадка
4. увеличение срб

**25. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относится**

1. полиартрит
2. артралгия
3. увеличение соз
4. увеличение срб

**26. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относится**

1. увеличение срб
2. удлинение интервала r-r на экг

3. лихорадка
4. малая хорея

**27. Клиническая симптоматика острой ревматической лихорадки развивается через \_\_\_\_\_ после перенесенной стрептококковой инфекции**

1. 3-4 дня
2. 2-3 недели
3. 5 месяцев
4. 6 недель

**28. Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является**

1.  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы а
2. вирус коксаки в
3. золотистый стафилококк
4. гемофильная палочка

**29. К малым диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестеру относится**

1. артралгия
2. кардит
3. полиартрит
4. анулярная эритема

**30. При ревмокардите чаще наблюдается поражение \_\_\_\_\_ клапана**

1. легочной артерии
2. трикуспидального
3. аортального
4. митрального

**31. К малым диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестеру относится**

1. полиартрит
2. кардит
3. лихорадка
4. кольцевидная эритема

**32. «Большим» диагностическим критерием острой ревматической лихорадки является**

1. удлинение интервала р-рна экг
2. перенесенная стрептококковая инфекция
3. лихорадка
4. кардит

**33. «Большим» диагностическим критерием острой ревматической лихорадки является**

1. кольцевидная эритема
2. артралгия
3. повышенный титр противострептококковых антител (асл-о, асг)
4. удлинение интервала р-рна экг

**34. к «Малому» диагностическому критерию острой ревматической лихорадки относят**

1. артралгию
2. хорею
3. подкожные ревматические узелки
4. кардит

**35. Вторичная профилактика ревматической лихорадки включает**

1. применение антигистаминных препаратов
2. витаминотерапию
3. бициллинопрофилактику
4. назначение кардиометаболической терапии

**36. Дети, перенесшие острую ревматическую лихорадку без формирования порока сердца, подлежат диспансерному наблюдению в течение**

1. 10 лет
2. 3 лет
3. 5 лет
4. 1 года

**37. После окончания стационарного лечения ребенка с острой ревматической лихорадкой переводят на второй этап лечения в**

1. поликлинику
2. санаторий
3. диагностический центр
4. туберкулезный диспансер

**38. К большим диагностическим критериям ревматизма относится**

1. ускорение СОЭ
2. лихорадка
3. лейкоцитоз
4. кардит

**39. При выслушивании систолического шума во втором межреберье слева от грудины необходимо исключить патологию**

**\_\_\_\_\_ клапана**

1. аортального
2. митрального
3. легочного
4. трехстворчатого

**40. При острой ревматической лихорадке поверхностной обратимой стадией дезорганизации соединительной ткани являются**

1. склероз
2. гранулематоз
3. фибриноидные изменения
4. мукоидное набухание

**41. В соединительной ткани сердца при острой ревматической лихорадке определяются**

1. волчаночные клетки
2. гранулемы ашоффа-талалаева
3. клетки Гоше
4. клетки березовского-штернберга

**42. Для аускультативной картины недостаточности митрального клапана характерен**

1. грубый систолический шум над всей областью сердца
2. рокочущий диастолический шум на верхушке после усиленного I тона
3. дующий систолический шум после ослабленного I тона на верхушке
4. громкий, протяжный систолический шум в области нижней трети грудины

**43. Признаками застоя в большом круге кровообращения (правожелудочковый тип недостаточности) являются**

1. брадикардия, бледность кожных покровов
2. влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
3. отеки и увеличение печени
4. продуктивный кашель, одышка

**44. Аускультативная картина недостаточности митрального клапана характеризуется**

1. дующим систолическим шумом на верхушке
2. дующим диастолическим шумом на верхушке
3. диастолическим шумом в V точке
4. усилением I тона на верхушке

**45. Аускультативная картина недостаточности митрального клапана характеризуется**

1. проведением шума в левую аксиллярную область
2. дующим диастолическим шумом на верхушке
3. диастолическим шумом в V точке
4. усилением I тона на верхушке

**46. При митральном стенозе аускультативно определяется**

1. ослабление I тона на верхушке
2. диастолический рокочущий шум на верхушке
3. короткий систолический шум над аортой
4. дующий систолический шум на верхушке

**47. При митральном стенозе аускультативно определяется**

1. дующий систолический шум на верхушке
2. ритм «перепела»
3. ослабление I тона на верхушке
4. систолический шум над легочным стволом

**48. Из перечисленных показателей гемограммы свидетельствуют об активном воспалительном процессе при ревматизме:**

- 1) лейкоцитоза с нейтрофиллезом
- 2) лимфоцитоза
- 3) тромбоцитоза
- 4) эозинофилия

**49. У мальчика 3 лет утомляемость, отставание в физическом развитии, частые респираторные инфекции, дрожание во 2-м межреберье слева, там же систоло-диастолический шум, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гипертрофия левого желудочка, увеличение левого желудочка.**

**Ваш предварительный диагноз:**

1. стеноз легочной артерии
2. дефект межжелудочковой перегородки
3. дефект межпредсердной перегородки
4. открытый артериальный проток
5. коарктация аорты

**50. Легочная гипертензия не наблюдается:**

1. при открытом артериальном протоке
2. при дефекте межпредсердной перегородки
3. атриовентрикулярной коммуникации
4. при изолированном стенозе легочной артерии
5. при дефекте межжелудочковой перегородки

**51. Одышечно-цианотические приступы наблюдаются при:**

1. дефекте межпредсердной перегородки
2. тетраде Фалло
3. открытом артериальном протоке
4. дефекте межжелудочковой перегородки
5. транспозиции магистральных артерий

**52. Ишемические боли в ногах и животе у детей характерны для:**

1. митрального стеноза
2. коарктации аорты
3. открытого артериального протока
4. недостаточности митрального клапана
5. ритма галопа

**53. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением:**

1. одышки и непереносимости физической нагрузки
2. повторных пневмоний
3. акцента второго тона на легочной артерии
4. судорог
5. легочной гипертензии

**54. При тетраде Фалло наиболее частым осложнением является:**

1. бактериальный эндокардит
2. тромбозы сосудов
3. отек легких
4. кровотечение
5. сердечная недостаточность

**55. При коарктации аорты в типичном месте у ребенка отсутствует пульсация на \_\_\_\_\_ артериях:**

1. бедренных
2. лучевых
3. височных
4. локтевых

**56. Аускультативная картина при открытом артериальном протоке характеризуется наличием:**

1. систолического шума вдоль левого края грудины

2. систолического шума во втором межреберье слева от грудины
3. систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины
4. систолического шума в III – IV межреберье слева от грудины

**67. Ведущим симптомом коарктации аорты является:**

1. расширение границ относительной сердечной тупости вправо
2. акцент второго тона над лёгочной артерией
3. систоло-диастолический шум во втором межреберье слева от грудины
4. ослабление (отсутствие) пульса на бедренной артерии

**58. При коарктации аорты определяют:**

1. артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
2. повышение в моче альдостерона
3. нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
4. снижение в моче уровня катехоламинов

**59. При аускультации максимальная интенсивность шума при дефекте межжелудочковой перегородки определяется:**

1. на верхушке сердца
2. на верхней трети грудины
3. в IV-V межреберье слева от грудины
4. на легочной артерии

**60. При каком пороке сердца развивается артериальная гипертензия?**

1. дефекте межпредсердной перегородки
2. коарктации аорты
3. стенозе легочной артерии
4. стенозе аорты

**61. Для тетрады фалло при рентгенологическом исследовании характерна форма сердца в виде:**

1. «снежной бабы»
2. «овоида»
3. «башмачка»
4. «капли»

**Болезни желудочно-кишечного тракта**

**1. Эзофагит характеризуется болями**

1. за грудиной
2. в эпигастрии
3. в правой подреберье
4. в левом подреберье

**2. Наличие изжоги свидетельствует о**

1. повышении кислотности желудочного содержимого
2. забросе желудочного содержимого в пищевод
3. забросе желчи в желудок
4. дискинезии желчевыводящих путей

**3. Диагноз пилорического хеликобактериоза уточняется при**

1. положительном уреазном тесте

2. клинико-эндоскопическом исследовании
3. выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
4. серологическом исследовании

**4. Наиболее физиологичным методом определения кислотности является**

1. ацидотест
2. фракционный метод
3. метод толстым зондом по боасу - эвальду
4. рН-метрия

**5. При подозрении на кровотечение из вен пищевода целесообразно первым провести**

1. эзофагоскопию
2. УЗИ брюшной полости
3. рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
4. УЗИ пищевода

**6. Helicobacter pylori относится к**

1. вирусам
2. грамотрицательным бактериям
3. грамположительным бактериям
4. простейшим

**7. Helicobacter pylori преимущественно паразитирует в**

1. теле желудка
2. луковице двенадцатиперстной кишки
3. антральном отделе желудка
4. в области дна желудка

**8. Наиболее информативным методом диагностики обострения хронического панкреатита является**

1. определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
2. ультразвуковое исследование поджелудочной железы
3. копрологический
4. эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

**9. К группе блокаторов «протонной помпы» относится**

1. гастроцепин
2. омепразол
3. ранитидин
4. фамотидин

**10. К холекинетикам относится**

1. аллохол
2. лиобил
3. сорбит
4. никодин

**11. К ферментативным микросферическим препаратам относится**

1. креон
2. мезим
3. фестал
4. панзинорм

**12. Наиболее выраженным эффектом подавления секреции кислоты в желудке обладают**

1. антациды
2. блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа
3. м-холинолитики
4. блокаторы «протонного насоса»

**13. Оптимальной схемой лечения гастрита ассоциированного helicobacter pylori является назначение**

1. де-нола, антибиотиков, антисекреторных препаратов
2. антацидов, трихопола
3. антацидов, антисекреторных препаратов
4. цитопротекторов, трихопола

**14. К антацидам относится**

1. актовегин
2. солкосерил
3. облепиховое масло
4. альмагель

**15. М-холиноблокирующим действием обладает**

1. гастропепин
2. амоксициллин
3. де-нол
4. трихопол

**16. Диетической профилактикой колитов, сопровождающихся запорами, является назначение**

1. желчегонной диеты
2. диеты с механически обработанной клетчаткой
3. молочно-растительной диеты
4. возрастного общего стола

**17. Наиболее информативным исследованием при гастрите является**

1. эндоскопия
2. рентгеноконтрастное исследование
3. УЗИ
4. иридодиагностика

**18. Наиболее информативным признаком для распознавания дуоденогастрального рефлюкса является**

1. гиперацидность
2. обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
3. горечь во рту
4. рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи

**19. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки следует провести**

1. дуоденальное зондирование
2. исследование кала на скрытую кровь
3. рентгеноконтрастное исследование
4. гастродуоденоскопию

**20. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является**

1. кровотечение
2. перфорация
3. пенетрация в поджелудочную железу
4. малигнизация

**21. Для заболевания желчного пузыря характерным является симптом**

1. пастернацкого
2. мерфи
3. щеткина-блumberга
4. мейо-робсона

**22. Признаком дискинезии желчных путей является**

1. боль в правом подреберье
2. субиктеричность склер
3. обложенность языка
4. появление телеангиоэктазий

**23. Поражение поджелудочной железы обязательно при**

1. кишечной инфекции
2. скарлатине
3. муковисцидозе
4. колите

**24. Больному с эзофагитом назначают**

1. ферменты
2. нерастворимые антациды
3. спазмолитики
4. седативные препараты

**25. Основным методом диагностики helicobacter pylori является**

1. цитологический
2. уреазный
3. гистологический
4. серологический

**26. Лекарственным средством, обладающим антихеликобактерным действием, является**

1. кларитромицин
2. гентамицин
3. эзомепразол
4. метоклопрамид

**27. Для лечения гастроэзофагеального рефлюкса эффективно назначение**

1. актовегина
2. метоклопрамида
3. амоксициллина
4. папаверина

**28. Методом профилактики желчно-каменной болезни является**

- 1 рациональное питание
2. физическая нагрузка
3. режим дня
4. медикаментозная терапия

**29. Характерным клиническим признаком для острого панкреатита является**

1. изжога
2. рвота
3. запор
4. зуд кожи

**30. При остром панкреатите в крови повышается уровень**

1. белка
2. холестерина
3. амилазы
4. калия

**31. При хроническом гастрите ассоциированном с хеликобактером пилорическим определяется**

1. локализация процесса в теле желудка
2. в12-дефицитная анемия
3. базальная секреция с рн выше 2,5
4. эрозивный антральный гастрит

**32. К осложнениям язвенной болезни 12-перстной кишки относится**

1. пенетрация
2. холестаз
3. хронический запор
4. рефлюксная болезнь

**33. Наиболее информативным методом диагностики острого панкреатита является**

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. биохимический анализ крови
4. копрограмма

**34. Диагностически информативным показателем при остром панкреатите является**

1. гипопроteinемия
2. гипербилирубинемия
3. гиперурикемия
4. амилаземия

**35. Диагностически информативным показателем при остром панкреатите является**

1. липаземия
2. гипопроteinемия
3. гипербилирубинемия
4. гиперурикемия

**36. Для подтверждения диагноза острого панкреатита необходимо получить данные об уровне**

1. белка в крови
2. белка в моче

3. ферментов в крови
4. глюкозы в крови

**37.Наличие изжоги у ребенка 10 лет свидетельствует о**

1. забросе желудочного содержимого в пищевод
2. повышенной кислотности желудочного содержимого
3. язвенной болезни желудка
4. диафрагмальной грыже

**38.Омепразол**

1. является ингибитором h<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
2. уменьшает образование соляной кислоты
3. относится к антацидным препаратам
4. влияет на перистальтику кишечника

**39.Усиливают сокращение желчного пузыря**

1. холецистокинин и гастрин
2. глюкагон и кальцитонин
3. тироксин и трийодтиронин
4. гормоны гипофиза

**40. К осложнениям язвенной болезни относится**

1. желтуха
2. пенетрация
3. долихоколон
4. холецистохолангит

**41.Стеноз пилоробульбарной зоны у ребенка с язвенной болезнью можно заподозрить при наличии**

1. рвоты пищей, съеденной накануне, приносящей облегчение, усиления перистальтики желудка
2. рвоты цвета «кофейной гущи», черного дегтеобразного стула
3. рвоты, не приносящей облегчения, усиления болевого синдрома с иррадиацией в спину
4. многократной рвоты и жидкого стула, лихорадки, симптомов интоксикации

**42.К неинвазивным диагностическим методам выявления helicobacter pylori (h. pylori) относится**

1. биохимический метод (быстрый уреазный тест)
2. изотопный уреазный дыхательный тест
3. иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител
4. выявление h. pylori в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной реакции

**Болезни мочевыделительной системы**

**1.Фильтрационную функцию почек характеризует**

- 1) клиренс эндогенного креатинина
- 2) осмолярность мочи
- 3) относительная плотность мочи
- 4) уровень общего белка крови

**2.Для нефротического синдрома характерна**

- 1) бактериурия
- 2) протеинурия более 3 г/сут., гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия
- 3) гематурия
- 4) гипертония

**3. Мочевой синдром при пиелонефрите характеризуется**

- 1) протеинурией
- 2) гематурией
- 3) лейкоцитурией с бактериурией
- 4) цилиндрурией

**4. Для смешанной формы гломерулонефрита характерна**

- 1) протеинурия
- 2) гематурия
- 3) лейкоцитурия с бактериурией
- 4) гематурия с протеинурией

**5. Одна из причин развития хронической почечной недостаточности у детей раннего возраста – это**

- 1) агенезия или гипоплазия почек
- 2) гемолитико-уремический синдром
- 3) хронический и подострый гломерулонефрит
- 4) капилляротоксический и волчаночный нефрит

**6. Наиболее частым возбудителем при развитии острого первичного пиелонефрита является**

- 1) клебсиелла
- 2) кишечная палочка
- 3) протей
- 4) синегнойная палочка

**7. Обнаружение эритроцитарных цилиндров характерно для**

- 1) острого цистита
- 2) вульвовагинита
- 3) гломерулонефрита
- 4) пиелонефрита

**8. Острый постстрептококковый гломерулонефрит чаще развивается**

- 1) без связи с перенесенными заболеваниями
- 2) на высоте респираторного заболевания
- 3) через месяц после перенесенного респираторного заболевания
- 4) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции

**9. Преобладание лейкоцитов нейтрофильного характера в мочевом осадке свидетельствует о**

- 1) пиелонефрите
- 2) аномалии развития органов мочевой системы
- 3) гломерулонефрите
- 4) тубуло-интерстициальном нефрите

**10. При гломерулонефрите у детей наиболее частым этиопатогенетическим механизмом воспаления является**

- 1) абактериальное токсико-аллергическое
- 2) иммунокомплексное
- 3) аутоиммунное
- 4) бактериальное

**11. Противопоказанием для проведения экскреторной урографии является**

- 1) непереносимость белков коровьего молока
- 2) острая почечная недостаточность
- 3) непереносимость йода
- 4) нарушение концентрационной способности почек

**12. Антибактериальная терапия в острый период гломерулонефрита назначается на**

- a) весь период терапии
- б) 1 месяц
- в) 3 месяца
- г) 7-14 дней

**13. Для купирования почечной колики в первую очередь показано введени**

- 1) спазмолитиков
- 2) антибиотиков
- 3) анальгетиков
- 4) мочегонных препаратов

**14. Режим в остром периоде гломерулонефрита должен быть**

- 1) общим
- 2) постельным
- 3) палатным
- 4) полупостельным

**15. Для подтверждения стрептококковой этиологии острого гломерулонефрита рекомендовано исследование**

- 1) иммуноглобулинов а, м, g
- 2) креатинина, мочевины сыворотки крови
- 3) антистрептолизина о, антигиалуронидазы
- 4) общего анализа крови

**16. Показателем, отражающим активность воспалительного процесса при пиелонефрите, является**

- 1) общий белок сыворотки крови
- 2) мочевина сыворотки крови
- 3) креатинин сыворотки крови
- 4) с-реактивный белок

**17. Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей первого года жизни с рецидивирующей инфекцией мочевых путей необходимо провести**

- 1) цистографию
- 2) в/в урографию
- 3) ангиографию
- 4) компьютерную томографию

**18. Для нефротического синдрома характерна**

- 1) гиполипидемия

- 2) гиперальбуминемия
- 3) гипоальбуминемия
- 4) гиперпротеинемия

**19. Наиболее вероятными признаками пиелонефрита являются**

- 1) бактериурия, гематурия, протеинурия
- 2) повышение температуры, протеинурия, гематурия
- 3) отеки, гематурия, лейкоцитурия
- 4) повышение температуры, лейкоцитурия, бактериурия

**20. Диагностически значимым лабораторным признаком пиелонефрита является**

- 1) бактериурия
- 2) гематурия
- 3) протеинурия
- 4) цилиндрурия

**21. Наиболее частым возбудителем инфекции мочевых путей у детей является**

- 1) эпидермальный стафилококк
- 2) кишечная палочка
- 3) золотистый стафилококк
- 4) синегнойная палочка

**22. При почечной недостаточности в сыворотке крови определяется повышение**

- 1) билирубина
- 2) альбумина
- 3) креатинина
- 4) холестерина

**23. Хронический пиелонефрит диагностируется при сохранении признаков болезни в течение \_\_ мес. и более**

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 6

**24. Какое сочетание симптомов патогномично для пиелонефрита?**

- 1) повышение температуры + боли в животе + нейтрофильная лейкоцитурия + бактериурия
- 2) повышение температуры + отеки + протеинурия + гематурия
- 3) повышение температуры + боли в животе + лимфоцитарная лейкоцитурия + бактериурия
- 4) отеки + головная боль + протеинурия + гематурия

**25. Для нефротического синдрома характерна**

- 1) гематурия более 1млн./сутки
- 2) протеинурия более 2,5-3,0 г/л
- 3) бактериурия более 100000/мл
- 4) лейкоцитурия более 40 млн./сутки

**26. При нефротическом синдроме общий анализ крови характеризуется**

- 1) эозинофилией
- 2) лейкопенией

- 3) повышением соэ
- 4) тромбоцитопенией

**27. В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют**

1. симптомы интоксикации
2. нарушения диуреза
3. отеки
4. нарушения гемодинамики

**28. Гломерулонефрит является заболеванием**

1. иммунокомплексным
2. токсико-аллергическим
3. инфекционно-воспалительным
4. инфекционно-аллергическим

**29. О частом рецидивировании нефротического синдрома справедливо говорить при наличии**

1. двух обострений за 6 месяцев
2. одного обострения за 5 месяцев
3. одного обострения за 12 месяцев
4. двух обострений за 12 месяцев

**30. Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей первого года жизни с рецидивирующей инфекцией мочевых путей необходимо провести**

1. цистографию
2. в/в урографию
3. ангиографию
4. компьютерную томографию

**31. Клинико-лабораторными изменениями, характерными для нефротического синдрома, являются отеки и**

1. протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия
2. протеинурия, гиперлипидемия, гематурия
3. протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия
4. лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия

**32. Наиболее частой причиной хронической почечной недостаточности у детей является**

1. обструктивная уропатия
2. пиелонефрит
3. гломерулонефрит
4. тубулоинтерстициальный нефрит

**33. Диагноз вторичный хронический пиелонефрит подтверждается проведением**

1. ультразвукового исследования
2. внутривенной урографии
3. микционной цистографии
4. цистоскопии

**34. К основному методу диагностики хронического нефрита относят**

1. цистоскопию

2. биопсию почки
3. ультразвуковое исследование
4. экскреторную урографию

**35. В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом назначаются**

1. макролиды
2. уросептики
3. глюкокортикоиды
4. ингибиторы апф

**36. Для острого пиелонефрита в анализе мочи характерна лейкоцитурия \_\_\_\_\_ характера**

1. лимфоцитарного
2. нейтрофильного
3. моноцитарного
4. Эозинофильного

**37. Ведущим симптомом при гематурической форме гломерулонефрита является**

1. лейкоцитурия
2. гематурия
3. отеки
4. Протеинурия

**38. Признаком нефротического синдрома является**

1. гипертония
2. гипополидемия
3. протеинурия
4. Гипофибриногенемия

**39. Основным средством лечения пиелонефрита у детей является**

1. спазмолитическая терапия
2. диетотерапия
3. антибактериальная терапия
4. диуретическая терапия

**40. Вторичным будет пиелонефрит**

1. возникающий на фоне какого-либо другого заболевания
2. возникающий после какого-либо другого заболевания
3. при обострениях частотой 2 и более раз в год
4. возникающий при установленной дизметаболической нефропатии

**41. Хронический пиелонефрит диагностируется при сохранении признаков болезни в течение \_\_ мес. и более**

1. 1
2. 3
3. 4
4. 6

**42. Диагноз инфекции мочевыводящих путей у ребенка первых 6 месяцев подтверждается при выявлении**

1. макрогематурии, протеинурии

2. лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
3. изолированной пиурии и положительного нитратного теста
4. лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность

## **Гематология 9 семестр**

**1. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре в миелограмме характерно:**

1. угнетения мегакариоцитарного ростка
2. нормальное число мегакариоцитов
3. раздражение мегакариоцитарного ростка
4. гиперпродукцией бластных клеток
5. повышение уровня малодифференцированных макроцитов

**2. Тромбоцитоз наблюдается при:**

1. апластической анемии
2. опухолевых процессах
3. гемолитической анемии
4. гемофилии А

**3. К рентгенологическим изменениям в костях скелета, характерным для наследственных гемолитических анемий (гемоглобинопатий), относят:**

1. симптом «щетки», «рыбьи позвонки», остеопороз
2. пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия
3. патологические переломы
4. отставание костного возраста на рентгенограмме кисти

**4. На всасывание витамина B12 влияет:**

1. липаза
2. амилаза
3. гастрин
4. соляная кислота

**5. Для предупреждения гемосидероза внутренних органов вследствие множественных переливаниях крови при талассемии используется:**

- 1 – ферронат
- 2 – тардиферон
- 3 – десферал
- 4 – мальтофер
- 5 – гемофер

**6. Патогенез геморрагического васкулита у детей можно отнести к иммунным реакциям:**

- 1 – реагинового типа
- 2 – цитотоксического типа
- 3 – иммунокомплексного типа

4 – замедленного типа

5 – клеточного типа

**7. Признаком, который характеризует гемолиз, является:**

1. повышение уровня связанного билирубина
2. гиперретикулоцитоз
3. удлинение времени кровотечения
4. удлинение времени свертывания

**8. Патогенетическим методом терапии при врожденном сфероцитозе является:**

1. терапия глюкокортикоидами
2. пересадка костного мозга
3. назначение иммуноглобулина
4. Спленэктомия

**9. Диагноз гемолитической анемии становится несомненным при:**

1. снижении уровня гемоглобина
2. снижении продолжительности жизни эритроцитов
3. снижении уровня железа сыворотки
4. гипербилирубинемии

**10. При геморрагическом васкулите проявления геморрагического синдрома связано с**

1. тромбоцитопенией
2. дефицитом факторов свертывания
3. патологией сосудистой стенки
4. недостатком железа в крови

**11. При гемофилии время кровотечения:**

1. удлиняется
2. не меняется
3. укорачивается
4. в зависимости от периода течения
5. в зависимости от формы гемофилии

**12. Тромбоцитопения у детей может наблюдаться при:**

1. геморрагическом васкулите
2. гемофилии а
3. апластической анемии
4. гемолитической анемии

**13. В типичных случаях идиопатической тромбоцитопенической пурпуры отшнуровка тромбоцитов из мегакариоцитов:**

1 – отсутствует

2 – резко снижена

3 – незначительно снижена

4 – не меняется

5 – увеличена

**14. Какое заболевание следует заподозрить у пациента при выявлении гиперрегенераторной анемии?:**

1. гемолитическую анемию
2. гипопластическую анемию
3. сидеробластную анемию
4. витаминдефицитную анемию

**15. Какие продукты питания являются источниками витамина B12?:**

1. овощи и фрукты
2. чечевица, фасоль, горох
3. крупяные каши
4. мясо и молоко

**16. Основным гематологическим признаком гемолиза является:**

1. мегакарицитоз
2. микросфероцитоз
3. ретикулоцитоз
4. анизопокилоцитоз

**17. Среди родственников ребёнка с подозрением на гемофилию больным может быть:**

1. дядя по отцовской линии
2. отец ребенка
3. дедушка по отцовской линии
4. дядя по материнской линии

**18. Выраженность геморрагического синдрома при гемофилии А зависит:**

- 1 – от возраста больного
- 2 – от частоты встречаемости гемофилии в семье больного
- 3 - от пола ребенка
- 4 – от степени снижения VIII фактора свертывания крови
- 5 – от степени снижения IX фактора свертывания крови

**19. Биохимическим признаком внутриклеточного гемолиза является повышение:**

1. прямого билирубина
2. прямого билирубина + свободного гемоглобина
3. непрямого билирубина + свободного гемоглобина
4. непрямого билирубина

**20. Симптомы, не сопутствующие анемии Фанкони:**

1. нарушения пигментации
2. дефекты костей (конечностей, кистей и т. д.)
3. врожденные дефекты ЦНС, почек, сердца, половых органов
4. спленомегалия

**21. Гематологический признак, не характерный для апластических анемий:**

1. ретикулоцитопения

2. уменьшение количества эритроцитов, лейкоцитов
3. тромбоцитопения
4. гипофибриногенемия

**22. Тромбоцитопения у детей может наблюдаться при:**

1. геморрагическом васкулите
2. железодефицитной анемии
3. тромбоцитопенической пурпуре
4. гемолитической анемии

**23. Патогенез наследственного микросфероцитоза определяется:**

- 1 – наследственным дефектом мембраны эритроцитов
- 2 – наследственным дефицитом активности ферментов эритроцитов
- 3 – наличием аномальных гемоглобинов
- 4 – снижением темпов синтеза гемоглобиновых цепей
- 5 – выработкой аутоантител против собственных эритроцитов

**24. Изоиммунная тромбоцитопеническая пурпура возникает в результате:**

1. недостаточного образования тромбоцитов
2. несовместимости крови матери и плода по АВ0-системе
3. несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
4. наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов

**25. При выявлении у больного в периферической крови анемии, тромбоцитопении, blasts наиболее вероятным диагнозом является:**

1. апластическая анемия
2. острый лейкоз
3. инфекционный мононуклеоз
4. тромбоцитопеническая пурпура

**26. При гемофилии кровоточивость бывает:**

1. петехиально-пятнистой
2. васкулитно-пурпурной
3. гематомной
4. ангиоматозной

**27. При гемофилии «в» в плазме крови снижается содержание фактора:**

1. IX
2. VIII
3. VII
4. Виллебранда

**28. Фактор viii больному гемофилией а вводится:**

1. внутривенно капельно
2. подкожно
3. внутривенно струйно
4. внутримышечно

**29. Признаками гемолиза являются:**

1. анемия + ретикулоцитоз
2. повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
3. ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
4. желтуха + спленомегалия

**30. Укажите главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии:**

1. повреждение сосуда
2. уменьшение объема циркулирующей крови
3. гипоксия гемического типа
4. дефицит железа
5. снижение содержания эритроцитов в крови

**31. Какой клинический признак не характерен для гемоглобинопатий?:**

1. проявления тромбофилии
2. спленомегалия
3. гемолитическая анемия
4. лимфаденопатия

**32. Клиническая триада анемии Минковского – Шоффара состоит из:**

1. анемии, кровоточивости, гепатоспленомегалии
2. анемии, лимфоаденопатии, оссалгии
3. анемии, желтухи и спленомегалии
4. анемии, кровоточивости, лимфоаденопатии

**33. Основой патогенеза витамин В12-дефицитной анемии является:**

- 1 – дефект синтеза гема
- 2 – дефект синтеза гемоглобина
- 3 – мегалобластический гемопоэз
- 4 – патология мембран эритроцитов
- 5 – аплазия костного мозга

**34. В миеелограмме при анемии фанкони выявляют угнетение:**

1. эритроидного ростка
2. миелоидного ростка
3. мекариоцитарного ростка
4. 3-х ростков одновременно

**35. Для диагностики гемофилии информативным является определение:**

1. времени свертываемости
2. времени кровотечения
3. плазминогена
4. количества d-димеров

**36. Обнаружение гемосидерина в моче характерно для**

1. - внутриклеточного гемолиза;
- 2.- внутрисосудистого гемолиза;

- 3.- наследственного микросфероцитоза;
- 4.- окантоцитоза
5. -свинцового отравления

**37. Гемолитическую анемию может вызвать дефицит в эритроцитах:**

- 1.- глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
2. - а-нафтилэстеразы
3. - ДНК-полимеразы
4. - рестриктазы
5. - РНК-полимеразы

**38. При лечении приобретенных апластических анемий в первую очередь рассматривается возможность:**

1. спленэктомии
2. заместительной терапии
3. иммуносупрессивной терапии
4. трансплантации костного мозга

**39. Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:**

1. острой кровопотери
2. апластической анемии
3. тромбоцитопении
4. острого лейкоза

**40. Признаком внутрисосудистого гемолиза является:**

1. повышение непрямого билирубина
2. ретикулоцитоз
3. повышение свободного гемоглобина плазмы
4. повышение цветового показателя

**41. Основная причина микросфероцитарной гемолитической анемии:**

1. врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита
2. активизация перекисного окисления липидов
3. гиперспленизм
4. иммунные процессы

**42. Наиболее информативным методом диагностики апластической анемии является:**

1. общий анализ крови
2. трепанобиопсия
3. стерильная пункция
4. цитогенетическое исследование

**43. У мальчика-азербайджанца 5 лет после употребления в пищу консервированных бобов появилась желтушность кожи и склер, почернела моча. Наиболее вероятен диагноз:**

- 1 – наследственный микросфероцитоз
- 2 – дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- 3 – серповидно-клеточная анемия
- 4 – талассемия
- 5 – аутоиммунная гемолитическая анемия

**44. При проведении дифференциальной диагностики нормоцитарной, нормохромной анемии в первую очередь необходимо оценить уровень:**

1. ретикулоцитов
2. тромбоцитов
3. сывороточного железа
4. сывороточного ферритина

**45. Для подтверждения диагноза гемофилии в первую очередь необходимо определение \_\_\_ факторов свертывающей системы крови:**

1. VIII или IX
2. I или II
3. III или IV
4. V или VI

**46. Удлинение времени свертывания крови характерно для:**

1. гемолитической анемии
2. геморрагического васкулита
3. тромбоцитопенической пурпуры
4. гемофилии

**47. Диагноз «тромбоцитопатия» основывается на наличии:**

1. функциональной неполноценности тромбоцитов
2. тромбоцитопении
3. геморрагического синдрома
4. изменений в коагулограмме

**48. В диагностике гемофилии А определяющее значение имеет:**

- 1 – увеличение времени свертывания крови по Ли-Уайту
- 2 – снижение потребления протромбина сыворотки
- 3 – удлинение частичного тромбопластинового времени
- 4 – повышение времени рекальцификации плазмы
- 5 – снижение концентрации антигемофильного глобулина А плазмы

**49. Гематологический симптом, не характерный для талассемии:**

1. мишеневидные эритроциты
2. базофильная пунктация эритроцитов
3. снижение осмотической устойчивости эритроцитов
4. повышение осмотической устойчивости эритроцитов

**50. Патогенез кровоточивости при идиопат. Тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:**

1. патологией сосудистой стенки
2. дефицитом плазменных факторов свертывания
3. нарушениями в сосудисто – тромбоцитарном звене гемостаза
4. дефицитом витамина К

**51. Увеличение длительности кровотечения не характерно:**

1. для тромбоцитопении
2. болезни Виллебранда

3. гемофилии
4. длительного приема аспирина
5. при заболевании Бернара-Сулье

**52. Для диагностики гемофилии наибольшее значение имеет определение:**

1. активированного частичного тромбопластинового времени
2. времени кровотечения
3. плазминогена
4. концентрации факторов свертываемости

**53. Недостаточность глюкозо-6- фосфатдегидрогеназы может проявиться при фавизме- острой гемолитической анемии, развивающейся при:**

- 1- подъеме на азостате
- 2- употреблении в пищу бобов
- 3- лечении аспирином
- 4 - непереносимости растительного масла
- 5- вдыхании пыльцы одуванчика

**54 Анизоцитоз отражает:**

- 1- разную интенсивность окраски эритроцитов
- 2- изменение величины отдельных эритроцитов
- 3- изменение формы отдельных эритроцитов
- 4- разную толщину эритроцитов
- 5- изменение объема эритроцитов.

**55. В миеелограмме при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре характерно выявление:**

1. нормального числа мегакариоцитов
2. раздражения мегакариоцитарного ростка
3. угнетения мегакариоцитарного ростка
4. близкого к нормальному числу мегакариоцитов

**56. При гемофилии нарушение гемостаза происходит на уровне:**

- 1- сосудисто- тромбоцитарного звена
- 2- внешнего пути активации тромбопластина
- 3- внутреннего пути активации тромбопластина
- 4- образования тромбина
- 5- образование фибрина.

**57. Увеличение количества ретикулоцитов имеет место при:**

1. апластической анемии
2. гипопластической анемии
3. гемолитическом синдроме
4. метастазах рака в кость
5. все перечисленное верно

**58. Для предупреждения гемосидероза внутренних органов вследствие множественных переливаниях крови при талассемии используется:**

- 1 – ферронат
- 2 – тардиферон
- 3 – десферал

- 4 – мальтофер
- 5 – гемофер

**59. При наследственном сфероцитозе осмотическая резистентность эритроцитов:**

- 1. увеличивается
- 2. не меняется
- 3. снижается
- 4. видоизменяется

**60. Патогенез геморрагического васкулита у детей можно отнести к иммунным реакциям:**

- 1 – реактинового типа
- 2 – цитотоксического типа
- 3 – иммунокомплексного типа
- 4 – замедленного типа
- 5 – клеточного типа

**Тесты**

**Неонатология**

**10 семестр**

1. Внутритробно от матери плоду передаются иммуноглобулины класса:

- 1. IgA
- 2. IgM
- 3. IgE
- 4. IgG

2. Вялые пузыри на коже новорожденного ребенка встречаются при:

- 1. врожденном везикулопустулезе
- 2. пузырчатке новорожденного
- 3. неонатальном пустулярном меланозе
- 4. врожденном буллезном эпидермолизе

3. К гнойно-воспалительным заболеваниям кожи у новорожденных относится:

- 1. везикулопустулез
- 2. токсическая эритема
- 3. буллезный эпидермолиз
- 4. неонатальный пустулярный меланоз

4. Степень зрелости недоношенного новорожденного оценивается по шкале:

- 1. Сильвермана
- 2. Даунса
- 3. Балларда
- 4. Дементьевой

5. Артериальный проток представляет собой:

- 1. дефект межжелудочковой перегородки
- 2. соединение аорты и легочной артерии
- 3. дефект в межпредсердной перегородке
- 4. полную форму атриовентрикулярной коммуникации

6. Основной причиной аспирационного синдрома у новорожденного является:
1. инфекционные заболевания матери
  2. хромосомные аномалии развития плода
  3. внутриутробная гипоксия
  4. гемолитическая болезнь новорожденного
7. Ведущим методом лечения дыхательной недостаточности у недоношенных новорожденных является:
1. метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
  2. продленный вдох
  3. ИВЛ мешком Амбу
  4. подача кислорода через головной колпак
8. Основным методом лечения желтух с преобладанием непрямой фракции билирубина у новорожденных является:
1. инфузионная терапия
  2. фототерапия
  3. фенobarбитал
  4. гепатопротектор
9. Для этиотропной терапии врожденной герпетической инфекции используется:
1. ампициллин
  2. азитромицин
  3. амфотерицин
  4. ацикловир
10. Интерстициальный тип пневмонии характерен для:
1. хламидиоза
  2. муковисцидоза
  3. герпеса
  4. цитомегаловирусной инфекции
11. Эксфолиативный дерматит Риттера относится к группе:
1. стрептококковых пиодермий
  2. стафилококковых пиодермий
  3. генодерматозов
  4. аллергодерматозов
12. Какой уровень билирубина в пуповинной крови у новорожденных указывает на вероятность ГБН:
1. 3,5 - 7,9 мкмоль/л
  2. 10 - 15 мкмоль/л
  3. 26 - 34 мкмоль/л
  4. свыше 85 мкмоль/л
  5. свыше 40 мкмоль/л
13. Какое количество эритромаcсы и плазмы необходимо для ЗПКК при ГБН:
1. 10-20 мл/кг
  2. 50-70 мл/кг
  3. 100-140 мл/кг
  4. 160-180 мл/кг

5. 200-250 мл/кг

14. Какой уровень билирубина у недоношенных детей является критическим для развития ядерной желтухи:

1. 95 - 125 мкмоль/л
2. 120 - 135 мкмоль/л
3. 150 - 160 мкмоль/л
4. более 171 мкмоль/л

15. Первым симптомом билирубиновой интоксикации у новорожденных детей является:

1. резкое возбуждение
2. повышение мышечного тонуса
3. ригидность затылочных мышц
4. появление симптомов угнетения

16. Эпидуральные кровоизлияния у новорожденных возникают:

1. между внутренней поверхностью костей черепа и твердой мозговой оболочкой
2. в результате деформации теменных костей черепа
3. при разрыве намета мозжечка
4. в результате нарушения целостности мозговых сосудов

17. После восстановления свободной проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Сразу вслед за этим следует:

1. начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
2. оценить цвет кожных покровов
3. удалить содержимое желудка
4. оценить частоту сердечных сокращений

18. После отсасывания слизи из ротовой полости, носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. ваше следующее действие:

1. начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
2. оценить цвет кожных покровов
3. начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
4. ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое

19. Для профилактики СДР новорожденного женщинам с угрозой преждевременных родов предпочтительнее вводить:

1. гидрокортизон
2. дексаметазон
3. преднизолон
4. тиреоидин

20. К транзиторным особенностям функции почек у новорожденных относятся:

1. мочеислый инфаркт и метаболический ацидоз
2. олигурия, протеинурия и мочеислый инфаркт
3. протеинурия и лейкоцитурия
4. олигурия и мочеислый инфаркт

21. Диагноз внутриутробной пневмонии правомочен только при появлении клинических симптомов заболевания в течение \_\_\_\_\_ жизни ребенка:

1. первых 2-х часов

2. первых суток
3. первой недели
4. первых трех суток

22. Транзиторными особенностями метаболизма новорожденного являются:

1. метаболический ацидоз, гипогликемия
2. метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена
3. катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия
4. гипергликемия, алкалоз

23. Перинатальный период делится на:

1. антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный, поздний неонатальный
2. ранний неонатальный, поздний неонатальный
3. поздний антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный
4. антенатальный, неонатальный

24. Новорожденным с очень низкой массой тела является младенец, родившийся с массой тела менее \_\_\_\_\_ г:

1. 2750
2. 1500
3. 2500
4. 2000

25. Новорожденным с экстремально низкой массой тела является младенец, родившийся с массой тела менее \_\_\_\_\_ г:

1. 1200
2. 1500
3. 1750
4. 1000

26. Геморрагическая болезнь новорожденного ребенка обусловлена:

1. дефицитом коагуляционного звена гемостаза
2. несовместимостью по тромбоцитарным антигенам
3. дефицитом витамина К
4. несовместимостью по эритроцитарным антигенам

27. К клиническим проявлениям хламидийной пневмонии относят:

1. навязчивый коклюшеподобный кашель
2. притупление перкуторного звука
3. локальные мелкопузырчатые хрипы
4. асимметрию хрипов

28. В каком случае может развиваться ГБН по Rh-фактору, если:

1. у матери Rh (+); у ребенка Rh(-)
2. у матери Rh (+); у ребенка Rh(+)
3. у матери Rh (-); у ребенка Rh(+)
4. у матери Rh (-); у ребенка Rh(-)

29. Анатомическое закрытие овального отверстия у здорового ребенка происходит в конце первого \_\_\_\_\_ жизни:

1. часа
2. года
3. первого полугодия
4. первого месяца

30. Функциональное закрытие артериального протока у здорового ребенка происходит в:

1. первое полугодие жизни
2. конце первого года жизни
3. первые часы после рождения
4. конце первого месяца жизни

31. Оценка по шкале Апгар при тяжелой асфиксии новорожденного составляет:

1. 3 балла и менее
2. 4-5 баллов
3. 5-7 баллов
4. более 8 баллов

32. Для диагностики синдрома заглоченной крови у новорожденного используют:

1. исследование коагулограммы
2. бактериологическое исследование промывных вод желудка
3. пенный тест
4. тест Апта

33. Развитие ядерной желтухи у доношенных новорожденных может произойти при уровне непрямого билирубина, составляющего:

1. 250-300 мкмоль/л
2. 340 мкмоль/л и более
3. 170-250 мкмоль/л
4. менее 170 мкмоль/л

34. Признаками гемолиза являются:

1. анемия + ретикулоцитоз
2. ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
3. повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
4. желтуха + спленомегалия

35. При хламидийной инфекции у новорожденных наиболее эффективными являются:

1. полусинтетические пенициллины
2. аминогликозиды
3. макролиды
4. цефалоспорины

36. В патогенетическом лечении респираторного дистресс-синдрома новорожденных используют:

1. оксигенотерапию
2. препараты сурфактанта
3. кортикостероидную терапию
4. антибиотикотерапию

37. При умеренной асфиксии новорожденный имеет оценку по шкале Апгар на первой минуте:

1. 3 балла и менее

2. 4-6 баллов
3. 7-8 баллов
4. 9-10 баллов

38. При лечении врожденной цитомегаловирусной инфекции используют:

1. ацикловир
2. виферон
3. цитотект
4. интерферон

39. Для лечения геморрагической болезни новорожденного используют:

1. витамин Е
2. канакион и свежемороженную плазму
3. антикоагулянты
4. антиагреганты

40. При лечении инфекций, вызванных метициллинрезистентным стафилококком применяют:

1. ванкомицин
2. линкомицин
3. эритромицин
4. пенициллин

41. Эмбриопатии формируются до \_\_\_\_\_ недели гестации:

1. 9
2. 14
3. 22
4. 28
- 5.

42. Наиболее часто причиной внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей является:

1. внутриутробная гипоксия
2. кесарево сечение
3. ВУИ
4. Rh-конфликт

43. Новорожденный ребёнок, родившийся от стремительных родов, с обвитием пуповины вокруг шеи имеет риск развития:

1. аллергических заболеваний
2. врождённых пороков развития органов
3. патологии ЦНС
4. анемии

44. Ребенком с низкой массой тела считается новорожденный с массой \_\_\_\_\_ г:

1. 1500-2500
2. 1000-1500
3. менее 1000
4. 2500-3000

45. По гестационному возрасту недоношенными считаются дети, родившиеся в срок до \_\_\_\_\_ недель:

1. 37
2. 38
3. 39
4. 40

46. Задачей «С» - этапа реанимации является:

1. тактильная стимуляция дыхания
2. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. восстановление проходимости дыхательных путей

47. Задачей «А» - этапа реанимации является:

1. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
2. введение адреналина
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. восстановление проходимости дыхательных путей

48. Задачей «В» этапа реанимации является (принцип ABCD):

1. восстановление проходимости дыхательных путей
2. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. проведение непрямого массажа сердца

49. Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации в \_\_\_\_\_ нед.:

1. 22-37
2. 38-41
3. 28-37
4. 36-40

50. Степень тяжести синдрома дыхательных расстройств недоношенных оценивается по шкале:

1. Сильвермана
2. Глазго
3. Дементьевой
4. Апгар

51. К особенностям свертывающей системы крови у новорожденных относят:

1. замедление времени свертывания
2. одинаковое время свертывания, как у взрослых
3. удлинение времени кровотока
4. снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов

52. Соотношение дыхания и пульса у новорожденного составляет:

1. 1:2
2. 1:4
3. 1:3
4. 1:2,5

53. У плода наиболее оксигенированную кровь получает:

1. печень
2. кишечник
3. сердце

4. легкие

54. Максимальная физиологическая убыль массы тела у новорожденного отмечается:

1. к 6-7 дню жизни
2. к 8-10 дню жизни
3. к 3-5 дню жизни
4. к 1-2 дню жизни

55. Восстановление физиологической убыли массы тела новорожденных происходит к:

1. 10-14 дню жизни
2. 14-21 дню жизни
3. 5-7 дню жизни
4. 7-10 дню жизни

56. Рентгенография грудной клетки при синдроме дыхательных расстройств новорожденных (болезнь гиалиновых мембран) характеризуется:

1. снижением прозрачности легкого со смещением органов средостения в пораженную сторону
2. ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочной полей
3. точечные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления на фоне понижения прозрачности легочных полей
4. инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией
5. прозрачность легочных полей понижена, сосудистый рисунок усилен вплоть до картины "белого легкого"

57. Физиологическая желтуха новорожденных появляется на \_\_\_\_\_ день жизни:

1. 1-ый
2. 2-3-й
3. 5-7
4. 10-14

58. Физиологическая желтуха новорожденных исчезает к \_\_\_\_\_ жизни:

1. 4-5 дню
2. 3-4 неделе
3. 5-6 неделе
4. 7-10 дню

59. Заселение кишечника новорожденного микрофлорой (фаза транзитного дисбактериоза) происходит к:

1. 2-4 дню
2. 1 месяцу
3. 1 неделе
4. 1-2 дню

60. Становление нормального состава кишечной микрофлоры (фаза трансформации микрофлоры) у новорожденных происходит в возрасте \_\_\_\_\_ недель:

1. 2-4
2. 1-2
3. 4-6
4. 6-8

## РАЗДЕЛ 1. Организация первичной (амбулаторной) медико-санитарной помощи детскому населению

### 1. Ответственность за организацию и проведение диспансеризации детского населения возлагается на:

- А. Участкового педиатра/семейного врача,
- Б. Главную медицинскую сестру ЦСМ/поликлиники, В. Руководителей органов и учреждений здравоохранения,
- Г. Врача инфекциониста.

### 2. Принципы деятельности ГСВ, кроме?

- А. Добровольность, коллегиальность, открытость принятия решений, психологическая совместимость, взаимодействие и заменяемость,
- Б. Приближенность к населению,
- В. Преимущественная помощь детям и пожилым людям,
- Г. Помощь всей семье.

### 3. Укажите учетный номер

«истории развития ребенка»: А. Ф № 058/У,

- Б. Ф № 063/У,
- В. Ф № 112/У,
- Г. Ф № 026/У.

### 4. Новорожденный после выписки из родильного дома впервые должен быть осмотрен семейным/участковым врачом:

- А. На 1 неделе жизни,
- Б. В первые 3 дня после выписки из родильного дома,
- В. До 7-го дня жизни,
- Г. Ежедневно в первые 7-10 дней после выписки из родильного дома,

### 5. В условиях ЦСМ/поликлиники скрининговая диагностика дефицитных состояний у детей раннего возраста производится на основании:

- А. Регулярных осмотров,
- Б. Определения уровня кальция в моче,
- В. Определения уровня витаминов в сыворотке крови,
- Г. Оценки эритроцитов, цветного показателя, гемоглобина и лейкоцитов.

### 6. При первом патронаже новорожденного врач ГСВ дает следующие рекомендации по вскармливанию, кроме:

- А. Кормить ребенка, когда он проявляет признаки голода и не ждать, когда ребенок начинает плакать,
- Б. При беспокойстве давать ребенку пустышки,
- В. Не давать ребенку соки, искусственные смеси, каши,
- Г. Кормить грудью часто по требованию ребенка, днем и ночью, не менее 8 раз в сутки.

### 7. Недостатком работы педиатра по системе «семейной медицины» является: А. Единство в наблюдении за ребенком от рождения до 17 лет включительно,

Б. Большое количество контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста,  
В. Привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка, **8. Основными документами ГСВ по наблюдению за детьми из перечисленного ниже являются:**

- А. История новорожденного,
- Б. История развития ребенка,
- В. Листок нетрудоспособности,
- Г. История болезни, **9. Антенатальная охрана**

**плода в ГСВ не включает:**

- А. Осмотр врачами-специалистами,
- Б. Своевременное взятие под наблюдение, В. Регулярное лабораторное обследование,
- Г. Освобождение от командировок.

**10. Врач ГСВ при наблюдении за новорожденными осуществляет взаимосвязь с:**

- А. Женской консультацией,
- Б. Медико-санитарной частью,
- В. Родильным домом,
- Г. Стационаром детской больницы, **11. Доношенным считается**

**новорожденный, родившийся на сроке гестации:**

- А. с 22 по 37 неделю
- Б. с 28 по 37 неделю
- В. с 36 по 40 неделю
- Г. с 39 по 42 неделю

**12. Первичная профилактика - это:**

- А. Меры предупреждения возникновения болезни,
- Б. Меры предупреждения рецидива болезни,
- В. Меры предупреждения осложнений болезни, Г. Меры предупреждения первичной инвалидизации.

**13. Вторичная профилактика - это:**

- А. Меры предупреждения возникновения болезни,
- Б. Меры предупреждения рецидива и обострений болезни,
- В. Меры предупреждения осложнений болезни, Г. Меры предупреждения первичной инвалидизации.

**14. На первом патронаже к новорожденному ребенку педиатр из обменной карты родильного дома (Ф-113/у) получает сведения о проведении следующих профилактических прививок:**

- А. Против туберкулеза, против гепатита В,
- Б. Против коклюша, столбняка, полиомиелита,
- В. Против краснухи, кори, паротита, Г. Против пневмококковой инфекции.

**15. Укажите правильную тактику консультирования медицинским работником, чтобы результат консультации был эффективным:**

- А. Спроси, послушай, посоветуй, проверь на понимание,
- Б. Спроси, расскажи, что она делает неправильно, посоветуй, проверь на понимание,
- В. Спроси, послушай, похвали, посоветуй, проверь на понимание, Г. Спроси, послушай, посоветуй, потребуй обязательное исполнение.

**16. В Российской Федерации проведение УЗИ сердца при профилактическом осмотре показано в возрасте:**

- А. 1 месяца,
- Б. 3 месяцев,
- В. 6 месяцев,
- Г. 12 месяцев.

**17. В Российской Федерации проведение ЭКГ при профилактическом осмотре показано в возрасте:**

- А. 1 месяца,
- Б. 3 месяцев,
- В. 6 месяцев, Г.
- 12 месяцев.

**18. Связь участковой педиатрической службы с медицинскими работниками детских образовательных учреждений по вопросам диспансеризации должна осуществляться через:**

- А. педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения,
- Б. клиническую лабораторию медицинского учреждения,
- В. отделение организации медицинской помощи детям и подросткам,
- Г. приёмное отделение стационара медицинского учреждения.

**19. В понятие «оздоровительные мероприятия» входят:**

- А. профилактика и лечение педикулеза,
- Б. диета, лечебные столы, режим, витаминизация,
- В. рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика,
- Г. рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация.

**20. К видам реабилитации относят:**

- А. комплексную,
- Б. парциальную,
- В. периодическую,
- Г. медицинскую.

**21. К видам**

**реабилитации относят:**

- А. комплексную,
- Б. парциальную,
- В. трудовую,
- Г. периодическую.

**22. Здоровые дети относятся к \_\_\_ группе здоровья:**

- А. I
- Б. II
- В. III
- Г. IV

**23. Медицинская реабилитация**

**направлена на:**

- А. существенное повышение функциональных возможностей организма,
- Б. восстановление компенсации функциональных возможностей организма,
- В. снижение функциональных возможностей организма,
- Г. некоторое уменьшение функциональных возможностей организм.

**24. В перечень мероприятий, который участковый врач проводит при первичном посещении больного ребёнка на дому, не входит:**

- А. выдача справки в дошкольное учреждение о выздоровлении,
- Б. назначение лечения,
- В. назначение режима питания,
- Г. выдача взрослому листка нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком.

**25. К льготной группе населения, при амбулаторном лечении которой лекарственные средства отпускаются бесплатно, относятся:**

- А. ребёнок-инвалид в возрасте лишь до 14 лет,
- Б. ребёнок-инвалид в возрасте до 18 лет, В.
- ребёнок до 5 лет,
- Г. ребёнок до 7 лет.

**26. Специфическая профилактика острых заболеваний у детей включает:**

- А. закаливание щадящим методом,
- Б. гимнастику и массаж грудной клетки,
- В. вакцинопрофилактику,
- Г. витаминотерапию, фитотерапию.

27. При организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают общий анализ крови в:
- А. 1 месяц,
  - Б. 4 месяца,
  - В. 6 месяцев, Г. 12 месяцев.
28. При организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают общий анализ мочи в:
- А. 1 месяц,
  - Б. 12 месяцев,
  - В. 4 месяца, Г. 6 месяцев.
29. В Российской Федерации при организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают УЗИ внутренних органов и тазобедренных суставов в: А. 1 месяц,
- Б. 3 месяца,
  - В. 6 месяцев,
  - Г. 9 месяцев.
30. При организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают ЭКГ в:
- А. 1 месяц,
  - Б. 3 месяца,
  - В. 6 месяцев,
  - Г. 12 месяцев.

**РАЗДЕЛ 2. Профилактическая работа участкового педиатра/семейного врача со здоровыми детьми 1. Здоровый грудной ребенок осматривается семейным врачом/педиатром в плановом порядке:**

- А. Ежемесячно,
  - Б. Ежеквартально, В. 2 раза в год,
  - Г. По обращению матери.
2. Ребенка 1-го года жизни следует считать часто болеющим, если частота ОРЗ в год составляет:
- А. 2 и более раз;
  - Б. 7 и более раз;
  - В. 6 и более раз; Г. 4 и более раз;
3. При какой частоте ОРЗ в год следует считать часто болеющим ребенка 4-5 лет?
- А. 3 и более раз в год.;
  - Б. 7-8 и более раз в год;
  - В. 4 и более раз в год; Г. 5 и более раз в год;
4. Кратность наблюдения за недоношенными детьми включает осмотр врачом ГСВ на 1 месяце жизни:
- А. Ежедневно,
  - Б. Один раз в неделю,
  - В. Через день,
  - Г. Один раз в две недели.
5. Профилактика респираторных инфекций не включает в себя: А. Ограничение физической активности,
- Б. Ограничение контактов с больными,

- В. Закаливание,  
Г. Специфическую вакцинацию, **6. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 1 до 2 лет осуществляется на:** А. приеме 1 раз в квартал,  
Б. Дому ежемесячно,  
В. приеме 1 раз в полгода,  
Г. приеме 1 раз в год,
- 7. Во время первого патронажа к новорожденному ребенку семейный врач оценивает:**  
А. Биологический, генеалогический и социальный анамнез,  
Б. Физическое и нервно-психическое развитие и соматическое состояние,  
В. Факторы «риска» и группу здоровья,  
Г. Все перечисленное верно. **8. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 2 до 3 лет осуществляется:** А. На приеме 1 раз в квартал,  
Б. На дому ежемесячно, В. На приеме 1 раз в полгода,  
Г. По обращаемости. **9. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 3 до 7 лет осуществляется:** А. На приеме 1 раз в квартал,  
Б. На дому ежемесячно,  
В. На приеме 1 раз в полгода,  
Г. На приеме 1 раз в год
- 10. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 7 до 17 лет осуществляется:** А. На приеме 1 раз в квартал, На приеме 1 раз в квартал,  
Б. На дому ежемесячно,  
В. На приеме 1 раз в полгода,  
Г. На приеме 1 раз в год.
- 11. Определение гемоглобина периферической крови здоровому ребенку впервые проводится в возрасте:**  
А. 1 месяца,  
Б. 3 месяцев,  
В. 6 месяцев,  
Г. 9 месяцев.
- 12. При динамическом наблюдении здорового ребенка в возрасте 6-ти месяцев необходимо провести все, кроме:**  
А. Оценки физического развития,  
Б. Определения уровня гемоглобина крови, В. Оценки психомоторного развития,  
Г. Вакцинация против туберкулеза.
- 13. При динамическом наблюдении здорового ребенка в возрасте 2 месяцев необходимо провести все, кроме:**  
А. Оценки физического развития,  
Б. Проведения иммунизации согласно календарю прививок,  
В. Оценки психомоторного развития,  
Г. Оценки БЦЖ через туберкулинодиагностику.
- 14. Во время первого патронажа к новорожденному ребенку семейный врач дает следующие рекомендации по вскармливанию, кроме:**  
А. Кормить ребенка, когда он проявляет признаки голода,  
Б. Кормить ребенка, не ожидая, когда он начинает плакать, В. Не давать ребенку морковный, свекольный или фруктовый сок,  
Г. периодически можно давать ребенку искусственные смеси.
- 15. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии слуховых функций ребенка в возрасте 1 месяца:**  
А. Вздрагивает и мигает при резком звуке, поворачивает голову в сторону источника звука,

- Б. Прислушивается к голосу взрослого, В. Находит глазами невидимый источник звука, Г. Узнает голос матери.
- 16. Против какой инфекции внедрена вакцина в календарь проф. прививок Кыргызской Республики**
- А. Менингита
  - Б. Диареи
  - В. Пневмококка
  - Г. Рака шейки матки
- 17. Против каких инфекций проводятся вакцинация населения согласно календарю проф. прививок Кыргызской Республики?**
- А. Краснуха, полиомиелит, скарлатина
  - Б. Ветряная оспа, вирусный гепатит в
  - В. Туберкулез, полиомиелит, дифтерия, коклюш, столбняк, вгв, корь, краснуха, паротит, гемофильная и пневмококковая инфекции,
  - Г. Туберкулез, полиомиелит, дифтерия, коклюш, ВГВ, корь, краснуха, паротит.
- 18. Сроки проведения вакцинации против гепатита В детям до 1 года жизни: А.**  
 Впервые 24 часа, 3 мес., 4,5 мес., 5 мес.
- Б. В период пребывания в роддоме, 3 мес., 5 мес.
  - В. Впервые 24 часа, 2 мес., 3,5 мес., 5 мес.
  - Г. Впервые 24 часа, 3 мес., 4 мес.
- 19. Что должен сделать медработник после введения вакцины с использованным шприцем?**
- А. Поместить шприц с иглой в КБУ,
  - Б. Записать в прививочной карте ребенка дозу вакцины, дату вакцинации,
  - В. Напомнить матери, когда она должна принести ребенка для получения очередных прививок,
  - Г. Объяснить матери, какие реакции могут наблюдаться после введения вакцины и что нужно делать в случае их возникновения.
  - Д. Все вышеперечисленное
- 20. Какие из нижеперечисленных вакцин относятся к «живым вакцинам»?**
- А. АКДС
  - Б. АДС-М
  - В. ОПВ
  - Г. ВГВ
- 21. Противопоказанием к введению вакцины ВГВ у новорожденных является: А. Масса тела ниже 2500 гр.**
- Б. Острые заболевания В. Масса тела ниже 2000 гр.
  - Г. Противопоказаний нет
- 22. Что надо сделать после проведения прививки с остатками БЦЖ-вакцины в ампуле?**
- А. Сбросить в КБУ с добавлением дезинфицирующих средств
  - Б. Замачивать на 1 час в 3% растворе хлорамина, затем сбросить в КБУ
  - В. Сбросить в обычную коробку для мусора
  - Г. Автоклавировать
- 23. В перечень заболеваний, возникших в поствакцинальном периоде, которые требуют регистрации и расследования входят:**
- А. Анафилактический шок,
  - Б. Генерализованная аллергическая сыпь, В. Энцефалит и другие поражения ЦНС,
  - Г. Все перечисленные.
- 24. В каком возрасте детей проводится ПКВ, согласно календарю проф. прививок Кыргызской Республики?**
- А. 2 мес., 3,5 мес., 5 мес.

- Б. 2 мес., 5 мес., 12 мес.
- В. 2 мес., 3,5 мес., 6 мес.
- Г. 2 мес., 3 мес., 4 мес.

**25. Какие новые вакцины вошли в календарь проф. прививок Кыргызской Республики с 2016 года?**

- А. КПК, ККВ,
- Б. КПК, ПКВ,
- В. ПКВ, ИПВ,
- Г. все вышеперечисленные.

**26. Острое заболевание является временным противопоказанием к введению следующих вакцин:**

- А. АКДС,
- Б. ОПВ, ВГВ,
- В. БЦЖ,
- Г. всех видов вакцин.

**27. Как привить ребенка с бронхиальной астмой?**

- А. В период ремиссии,
- Б. На фоне гипоаллергенной диеты, В. На фоне гормональной терапии,
- Г. На фоне антибиотикотерапии.

**28. В каком возрасте ребенку проводится вакцинация против краснухи?**

- А. 6 мес.
- Б. 12 мес., 6 лет
- В. 20 мес. Г. 5 лет

**29. Для создания полноценного иммунитета против коклюша вакцинацию вводят:**

- А. 1 раз,
- Б. 3 раза,
- В. 4 раза,
- Г. 5 раз.

**30. Какая доза и как вводится БЦЖ-вакцина?**

- А. Подкожно по 0,1 в область верхней трети плеча,
- Б. Внутривенно по 0,1 в область верхней трети плеча,
- В. Внутримышечно по 0,05 в область верхней трети плеча, Г. Внутривенно по 0,05 в область верхней трети плеча.

### **РАЗДЕЛ 3. Профилактическая работа участкового педиатра/семейного врача в образовательных организациях**

**1. Критерии здоровья дошкольников включают за исключением:**

- А. Резистентность организма,
- Б. Физическое развитие,
- В. Наличие хронического заболевания,
- Г. Биологический возраст.

**2. Функциональные обязанности врача в школе (укажите неверный ответ):**

- А. Планировать прививки,
- Б. Проводить антропометрию, В. Проводить медосмотр,
- Г. Сан-просвет-работа.

**3. Самое теплое помещение в ДОО?**

- А. Групповая-игральная,
- Б. Спальня, В. Санитарный узел,

Г. Гардеробная. **4. Скрининговая программа тестового обследования детей в школах не включает:**

- А. Анкетный опрос,
- Б. Оценку физразвития,
- В. Измерение АД,
- Г. Общий анализ крови и мочи.

**5. В служебные обязанности врача ДОО и ООУ не входит:** А.

- Осмотр вновь поступивших детей,
- Б. Антропометрия,
- В. Сан-просвет работа,
- Г. Выполнение прививок.

**6. Скрининговый осмотр учащихся школ включает в себя все, кроме:**

- А. Антропометрию,
- Б. Определение остроты слуха и зрения,
- В. Плантографию,
- Г. Определение наличия белка и сахара в моче тестовым методом. **7.**

**Назовите факторы, приводящие к школьной дезадаптации, кроме:**

- А. Нарушения мелкой моторики кисти,
- Б. Нарушение формирования школьных навыков,
- В. Неумение читать и писать до школы,
- Г. Несформированность вербального мышления.

**8. Связь участковой педиатрической службы с медицинскими работниками детских образовательных учреждений по вопросам диспансеризации должна осуществляться через:** А. Педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения,

- Б. Клиническую лабораторию медицинского учреждения,
- В. Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам,
- Г. Приёмное отделение стационара медицинского учреждения,

**9. Врач детского образовательного учреждения должен ознакомить родителей с результатами профилактического осмотра и при выявлении нарушений направить на прием к**

- А. Участковому педиатру,
- Б. Специалисту страховой компании, В. Главному врачу детской поликлиники,
- Г. Врачу-ортопеду.

**10. Задачи диспансерного наблюдения за детьми и подростками с хронической патологией исключают в образовательном учреждении включает все, кроме:**

- А. Преемственности в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений,
- Б. Передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями в детскую поликлинику,
- В. Контроля деятельности страховой компании,
- Г. Контакта с заведующими педиатрическими участками,

**11. Обязанности педиатра детского образовательного учреждения по вопросам диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией исключают:**

- А. Составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья,
- Б. Контроль деятельности страховой компании,
- В. Составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями,
- Г. Составление списков детей и подростков, требующих дообследования.

- 12. К обязанностям педиатра детского образовательного учреждения по диспансеризации детей с хронической патологией относят:**
- А. Передачу списочного состава детей,
  - Б. Организацию и проведение спортивных мероприятий,
  - В. Участие в образовательном процессе школы,
  - Г. Организацию и участие в профориентационной работе школы.
- 13. Обязанности педиатра детского образовательного учреждения диспансеризации детей с хронической патологией исключают:**
- А. Составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией,
  - Б. Рекомендации преподавателю в «листке здоровья» и защита интересов больного ребёнка,
  - В. Медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях,
  - Г. Закупку медицинских препаратов.
- 14. Обязанности педиатра детского образовательного учреждения по диспансеризации детей с хронической патологией исключают:**
- А. Совместную работу с педагогами и психологами,
  - Б. Участие в педагогической деятельности, В. Формирование навыков здорового образа жизни,
  - Г. Санитарно-просветительскую работу.
- 15. Связь участковой педиатрической службы с медицинскими работниками детских образовательных учреждений по вопросам диспансеризации должна осуществляться через:**
- А. педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения,
  - Б. клиническую лабораторию медицинского учреждения,
  - В. отделение организации медицинской помощи детям и подросткам,
  - Г. приёмное отделение стационара медицинского учреждения.
- 16. Врач детского образовательного учреждения должен ознакомить родителей с результатами профилактического осмотра и при выявлении нарушений направить на прием к:**
- А. участковому педиатру,
  - Б. специалисту страховой компании, В. главному врачу детской поликлиники,
  - Г. врачу-ортопеду.
- 17. Задачи заведующего отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательном учреждении по диспансеризации детей с хронической патологией исключают:**
- А. преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений,
  - Б. передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями,
  - В. контроль деятельности страховой компании,
  - Г. контакт с заведующими педиатрическими участками.
- 18. Обязанности педиатра детского образовательного учреждения по диспансеризации детей с хронической патологией исключают:**
- А. составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья,
  - Б. контроль деятельности страховой компании,
  - В. составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями,
  - Г. составление списков детей и подростков, требующих дообследования.
- 19. К обязанностям педиатра детского образовательного учреждения по диспансеризации детей с хронической патологией относят:**
- А. передачу списочного состава детей,
  - Б. организацию и проведение спортивных мероприятий,

- В. участие в образовательном процессе школы,
  - Г. организацию и участие в профориентационной работе школы.
- 20. Обязанности педиатра детского образовательного учреждения по диспансеризации детей с хронической патологией исключают:**
- А. составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией,
  - Б. рекомендации преподавателю в «листке здоровья» и защита интересов больного ребёнка,
  - В. медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях,
  - Г. закупку медицинских препаратов.
- 21. В обязанности педиатра детского образовательного учреждения по вопросам диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией исключают А.**
- совместную работу с педагогами и психологами,
  - Б. участие в педагогической деятельности, В. формирование навыков здорового образа жизни,
  - Г. санитарно-просветительскую работу.
- 22. Диспансерный прием медицинского работника включает А.** расчет стоимости клинического обследования,
- Б. в. расчет стоимости медицинских препаратов,
  - В. оценку состояния ребенка,
  - Г. расчет стоимости медицинских услуг.
- 23. К критериям эффективности диспансерного наблюдения относят**
- А. повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком,
  - Б. снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях,
  - В. уменьшение числа обострений хронических заболеваний,
  - Г. сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением.
- 24. Критерием эффективности диспансерного наблюдения в детской поликлинике является**
- А. повышение рождаемости доношенных детей,
  - Б. увеличение удельного веса выздоровевших детей,
  - В. снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов,
  - Г. снижение стоимости медицинских препаратов.
- 25. Решение вопроса о снятии ребёнка с диспансерного учета или оформления инвалидности осуществляется:**
- А. участковым педиатром,
  - Б. родителями самостоятельно,
  - В. главным врачом детской поликлиники,
  - Г. комиссионно.
- 27. К основаниям для прекращения диспансерного наблюдения относят:**
- А. выздоровление,
  - Б. отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния),
  - В. пожелание родственников ребенка,
  - Г. пожелание законных представителей ребенка.
- 28. При постановке и снятии с диспансерного учета участковым врачом составляется:**
- А. история болезни,
  - Б. статистический талон,
  - В. эпикриз,
  - Г. форма № 112/у.
- 29. Эпикриз для контроля диспансеризации подписывает:**
- А. родитель ребенка,
  - Б. медицинская сестра,

- В. заведующий педиатрическими участками,
- Г. врач-диетолог.

**30. Ответственность за организацию и проведение диспансеризации детей в образовательных организациях возлагается на:**

- А. Участкового педиатра/семейного врача;
- Б. Школьного врача;
- В. Руководителей органов и учреждений здравоохранения;
- Г. Врача инфекциониста.

**РАЗДЕЛ 4. Оказание лечебной помощи детям в возрасте от 2-х мес. до 5-ти лет согласно стратегии ИВБДВ**

**1. Перечислите 5 основных симптомов, о наличии которых надо спрашивать у каждого больного (независимо с какими жалобами он обратился) ребенка:**

- А. Кашель, лихорадка, проблемы с горлом, проблемы с ушами, аллергия,
- Б. Кашель или затрудненное дыхание, боли в животе, диарея, лихорадка, проблемы с ушами,
- В. Кашель или затрудненное дыхание, диарея, лихорадка, проблемы с горлом, проблемы с ушами,
- Г. Кашель, диарея, лихорадка, проблемы с горлом, проблемы с кишечником.

**2. Перечислите общие признаки опасности, обязательно определяемые у каждого больного ребенка от 2 месяцев до 5 лет при амбулаторном приеме:**

- А. не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги во время данного заболевания, летаргичен или без сознания,
- Б. высокая температура, тошнота, беспокойство, вялость, капризность,
- В. высокая температура, диарея, сильный кашель, вялость, Г. высокая температура, диарея, одышка, вялость, сонливость.

**3. Главным признаком пневмонии является:**

- А. Кашель,
- Б. Учащенное дыхание, В. Тахикардия,
- Г. Диарея.

**4. К общим признакам опасности относятся все перечисленные симптомы, кроме:**

- А. Ребенок не может пить или сосать грудь, рвота после любой пищи или питья,
- Б. У ребенка судороги,
- В. Ребенок летаргичен или без сознания,
- Г. Кашель с сухими болезненными хрипами.

**5. Назовите учащенное дыхание, свыше которого характерно для пневмонии, по возрастам:**

- А. До 2 месяцев – 60 дыханий в минуту и более; 2 - 12 месяцев – 50 дыханий в минуту и более; 1 - 5 лет – 40 дыханий в минуту и более;
- Б. До 2 месяцев – 50 дыханий в минуту и более; 2 - 12 месяцев – 40 дыханий в минуту и более; 1 - 5 лет – 30 дыханий в минуту и более;
- В. До 2 месяцев – 40 дыханий в минуту и более; 2 - 12 месяцев – 30 дыханий в минуту и более; 1 - 5 лет – 20 дыханий в минуту и более; Г. все перечисленное верно.

**6. При диарее главную опасность для жизни ребенка представляет (ИВБДВ):**

- А. Инфекция,
- Б. Потеря жидкости,
- В. Температура,
- Г. Плохой аппетит.

**7. Если ребенок с диареей не просит пить, то мать должна:**

- А. Быть терпеливой и ждать пока ребенок попросит пить, Б. Давать жидкость,
- В. Ожидать рекомендаций медработника,

- Г. Дать оральный антибиотик. **8. Что из перечисленного не относится к лечению диарей у детей на дому?** А. Дать дополнительно жидкости,  
Б. Продолжить кормление,  
В. Знать признаки, при которых нужно вернуться немедленно в медицинское учреждение.  
Г. Назначить препараты железа. **9. Где должен лечиться ребенок с умеренным обезвоживанием?**  
А. Дома,  
Б. В стационаре,  
В. В ПОР (пункте оральной регидратации) в медицинском учреждении,  
Г. На станции «скорой помощи».
- 10. Какое количество жидкости должен получать больной по плану А при диарее?** А. Из расчета на каждый стул в зависимости от возраста (50-100 мл до 2-х лет или 100-200мл старше 2-х лет),  
Б. 75 мл/кг, В. 50 мл/кг,  
Г. 25 мл/кг.
- 11. Какие жидкости нужно давать при диарее?** А. Коровье молоко,  
Б. Соки,  
В. Раствор ОРС,  
Г. Чай.
- 12. Какими жидкостями можно разводить ОРС?**  
А. Кипяченая вода комнатной температуры,  
Б. Молоко,  
В. Сок, Г. Компот.
- 13. Мать должна немедленно вернуться в медицинское учреждение, если при диарее у ребенка во всех случаях, кроме:**  
А. Не может пить или сосать грудь,  
Б. Состояние ухудшается,  
В. Появляется лихорадка, Г. Жидкий стул 2-3 раз в сутки.
- 14. Мать должна немедленно вернуться в медицинское учреждение при кашле или затрудненном дыхании во всех случаях, кроме:** А. Не может пить или сосать грудь,  
Б. Состояние ухудшается,  
В. Появляется лихорадка,  
Г. Редкий влажный кашель.
- 15. Какой антибактериальный препарат Вы бы назначили для ребенка, заболевание которого классифицировано как пневмония (ИБВД)?** А. Амоксициллин,  
Б. Эритромицин,  
В. Гентамицин, Г. Котримаксазол.
- 16. Какой антибактериальный препарат вы бы назначили ребенку, заболевание у которого классифицировано как дизентерия (ИБВД)?**  
А. Ципрофлоксацин,  
Б. Эритромицин, В. Азитромицин,  
Г. Ампициллин.
- 17. Как быстро и правильно оценить ребенка с диареей на наличие неотложного состояния ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ, требующего экстренной помощи. Выберите правильное определение:**  
А. Два из следующих признаков: Летаргичен или без сознания, запавшие глаза, кожная складка расправляется очень медленно (более 2 секунд), не может пить или пьет плохо,

- Б. Два из следующих признаков: Беспокоен и болезненно раздражим, запавшие глаза, кожная складка расправляется медленно (менее 2 секунд), пьет жадно,
- В. Два из следующих признаков: Летаргичен или без сознания, запавшие глаза, кожная складка расправляется очень медленно (более 2 секунд), Г. Признаки эксикоза с токсикозом.

**18. Интегрированное ведение болезней детского возраста включают основные этапы:**

- А. Оцените, классифицируйте, определите лечение, лечите ребенка, осуществляйте последующее наблюдение, консультируйте мать.
- Б. Оцените, поставьте диагноз по МКБ, лечите ребенка с позиций этиологии и патогенеза, осуществляйте диспансеризацию, консультируйте мать.
- В. Оцените, классифицируйте, определите лечебно-профилактическое учреждение для обязательной госпитализации.
- Г. Проведите полное физикальное и лабораторное обследование. Поставьте диагноз и лечите.

**19. При наличии у ребенка кашля или затрудненного дыхания необходимо:** А. Провести перкуссию, аускультацию легких.

- Б. Сосчитать число дыханий в минуту, осмотреть есть ли втяжение грудной клетки, есть ли стридор и астматическое дыхание и затем классифицировать состояние.
- В. Направить на рентгенографию органов грудной клетки
- Г. Исследовать функции внешнего дыхания **20.**

**Кожная складка расправляется очень медленно:** А.

сразу после её отпускания

Б. немедленно

В. через 1 секунду

Г. через 2 и более секунды **21. О чём не обязательно следует спрашивать мать, если у**

**ребенка есть лихорадка, кроме?** А. Как долго?

- Б. Если лихорадка продолжается более 5 дней, то каждый ли день?
- В. Была ли у ребенка корь в течение последних 3-х месяцев?
- Г. Масса и длина тела ребенка при рождении?

**22. У ребенка лихорадка ( $t^{\circ}>37,5^{\circ}\text{C}$ ), его состояние вы классифицируете как очень тяжелое фебрильное заболевание, если:**

- А. Лихорадка в течение 5 дней и более,
- Б. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха,
- В. Гнойные выделения из глаз или язвы во рту,
- Г. Имеет место любой общий признак опасности

**23. У ребенка лихорадка ( $t^{\circ}>37,5^{\circ}\text{C}$ ), его состояние вы классифицируете как очень тяжелое фебрильное заболевание, если:**

- А. Лихорадка в течение 5 дней и более,
- Б. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха,
- В. Гнойные выделения из глаз или язвы во рту,
- Г. Ригидность затылочных мышц

**24. У ребенка с корью, его состояние вы классифицируете как «тяжелая осложненная корь», если имеет место:**

- А. Помутнение роговицы или глубокие язвы на слизистой полости рта, сопорозное состояние,
- Б. Лихорадка в течение 5 дней и более
- В. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха
- Г. Гнойные выделения из глаз или язвы на слизистой полости рта.

**25. У ребенка с корью, его состояние вы классифицируете как «тяжелая осложненная корь», если имеет место:**

- А. Имеет место любой общий признак опасности и помутнение роговицы,
- Б. Лихорадка в течение 5 дней и более
- В. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха
- Г. Гнойные выделения из глаз или язвы на слизистой полости рта.

**26. Признаком мастоидита является:**

- А. Результат пункции сосцевидного отростка
- Б. Заключение лор врача
- В. Болезненное припухание за ухом
- Г. Гнойные выделения из уха **27. Острая**

**инфекция уха классифицируется если:**

- А. Имеет место беспокойство
- Б. Имеют место боль в ухе, гнойные выделения из уха до 14 дней.
- В. Выделения из уха длятся более 14 дней
- Г. Только в тех случаях, когда этот диагноз поставил ЛОР врач **28.**

**Если у ребенка мастоидит, необходимо:**

- А. Дать бициллин 1
- Б. Пригласить для следующего осмотра через 2 дня
- В. Срочно направить в стационар
- Г. Для обезболивания ввести внутримышечно раствор лидокаина. **29.**

**При классификации «Острая инфекция уха» вы должны:**

- А. Направить ребенка в ЛОР отделение,
- Б. Дать антибактериальный препарат на 5 дней и осмотреть через 2 дня,
- В. Осмотреть ребенка через 5 дней,
- Г. Дать антибактериальный препарат на 3 дня и осмотреть через 3 дня.

**30. Ваши действия при хронической инфекции уха у ребенка: А.**

- Проводить лечение подходящим антибиотиком,
- Б. Проводить туалет уха,
- В. Направить на обследование в поликлинику ЛОР-врачу,
- Г. Назначить физиолечение, проводить туалет уха, назначить «ушные капли».

#### **РАЗДЕЛ 5. Оказание лечебной помощи детям в возрасте до 2-х мес. согласно стратегии ИВБДВ**

**1. Что означает тройное цветовое кодирование классификаций ИВБДВ:**

- А. Красный ряд – немедленная госпитализация, желтый ряд – оставить дома, назначив специфическое лечение, зеленый – оставить дома, обеспечив только уход,
- Б. Красный ряд – плановая госпитализация (можно в дневной стационар), желтый ряд – оставить дома, назначить специфическое лечение, зеленый – оставить дома, обеспечив только уход,
- В. Красный ряд – немедленная госпитализация, желтый ряд – оставить дома, обязательно назначив парентеральные антибиотики, зеленый – оставить дома, назначив пероральные антибиотики,

**2. Для очень тяжелой бактериальной инфекции у ребенка до 2-х месяцев жизни характерны все следующие признаки, *кроме*:**

- А. Плохо ест, судороги, лихорадка (37,5°C и выше) или низкая температура тела (ниже 35.5°C),
- Б. Учащенное дыхание (60 и более дыханий в минуту) и выраженное втяжение грудной клетки,
- В. Движения только при стимуляции или полное отсутствие движений,
- Г. Двигательная активность ребенка не нарушена.

**3. Наличие каких признаков у младенца до 2-х месячного возраста позволяет классифицировать «местную бактериальную инфекцию»?:**

- А. Выбухающий родничок,
- Б. Желтушное окрашивание кожных покровов,
- В. Выражено втяжение грудной клетки,
- Г. Покраснение пупка или гнойные выделения, кожные гнойнички.

**4. Какими средствами следует лечить местную бактериальную инфекцию на дому:**

- А. Гидрокартизоновой мазью – инфекцию глаз,
- Б. Кожные гнойнички - генцианвиолетом и подходящим антибиотиком внутрь,
- В. Гиоксизоновой мазью – язвы рта,

- Г. Кожные гнойнички – перекисью водорода.
- 5. Возможная серьезная бактериальная инфекция у младенца до 2-х месячного возраста классифицируется, если имеет место:**
- А. Кряхтящее дыхание,
  - Б. Выбухающий родничок,
  - В. Движения только при стимуляции и температура тела ниже 35,5°C,
  - Г. Покраснение пупка.
- 6. В каких случаях вы должны отправить ребенка в стационар?**
- А. Если во время повторного визита у младенца нет желтушного окрашивания ладоней и стоп, но желтуха не уменьшилась в сравнении с первоначальным визитом,
  - Б. Если во время повторного визита выявлено желтушное окрашивание ладоней и стоп, В. Если желтуха у младенца сохраняется свыше 10 дней,
  - Г. Все перечисленное верно.
- 7. Наличие каких признаков позволяет классифицировать состояние младенца до 2-х месячного возраста как тяжелая желтуха:**
- А. Желтушное окрашивание туловища,
  - Б. Желтые ладони и стопы в любом возрасте
  - В. Желтуха у младенца появилась в возрасте свыше 24 часов
  - Г. Нет желтухи ладоней и стоп
- 8. Наличие каких признаков позволяет классифицировать состояние младенца до 2-х месячного возраста как желтуха:**
- А. Любая желтуха у младенца в возрасте до 24 часов
  - Б. Желтые ладони и стопы в любом возрасте
  - В. Желтуха у младенца появилась в возрасте свыше 24 часов
  - Г. Желтушное окрашивание склер глаз и кожи, включая кожу ладоней и стоп
  - Д. Желтушное окрашивание туловища
- 9. Возможная тяжелая желтуха у младенца до 2-х месячного возраста классифицируется если имеет место:**
- А. Нет желтухи ладоней и стоп
  - Б. Желтые ладони и стопы в любом возрасте
  - В. Желтушное окрашивание склер глаз и кожи, включая кожу ладоней и стоп
  - Г. Желтуха у младенца появилась в возрасте свыше 24 часов
  - Желтуха у младенца появилась в возрасте до 24 часов
- 10. При повторном визите вы должны, кроме:** А. Уточнить – это первичный или повторный визит
- Б. Оценить каждого младенца на наличие признаков очень тяжелого заболевания
  - В. Выяснить, как ребенок спал
  - Г. Выяснить есть ли новые проблемы
- 11. Если во время повторного визита выявлена новая проблема, то необходимо:** А. Оценить ребенка, как бы вы это сделали во время первичного визита.
- Б. Срочно отправить в стационар
  - В. Оценить и классифицировать только новую проблему,
  - Г. Направить на исследование анализов крови и мочи.
- 12. Если во время повторного визита выявлено несколько новых проблем, и состояние ребенка ухудшается, то необходимо:**
- А. Оценить ребенка, как бы вы это сделали во время первичного визита.
  - В. Срочно отправить в стационар.
  - С. Оценить и классифицировать только новые проблемы.
- 13. В каких случаях вы должны отправить ребенка в стационар?**
- А. Если во время повторного визита выявлена новая проблема – мама не купает ребенка
  - Б. Если во время повторного визита выявлено желтушное окрашивание ладоней и стоп

- В. Если желтуха у младенца сохраняется свыше 3 недель
- Г. Если во время повторного визита у младенца нет желтушного окрашивания ладоней и стоп, но желтуха не уменьшилась в сравнении с первоначальным визитом **14. При желтухе явиться на повторный прием следует:** А. Через 1 день
- Б. Через 2 дня
- В. На 5-й день
- Г. Через 14 дней
- Д. Если лечение помогло, повторный визит не обязателен **15.**
- При желтухе при повторном визите:**
- А. Спросить появились ли какие-либо новые проблемы
- Б. Оцените наличие признаков очень тяжелого заболевания
- В. Сделать рентгенографию и ОАК
- Г. Оцените, есть ли у младенца желтушное окрашивание ладоней и стоп
- Д. Узнать, как ребенок засыпает **16. При тяжелой желтухе у ребенка в возрасте до 2-х месяцев, все рекомендации верны, кроме:**
- А. Срочно направьте в стационар,
- Б. Проведите профилактику гипогликемии,
- В. Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге в стационар,
- Г. Дайте матери совет по уходу за младенцем на дому.
- 17. О пневмонии у ребенка в возрасте до 2-х месяцев свидетельствует частота дыхания в минуту:**
- А. свыше 30 ударов в минуту
- Б. свыше 40 ударов в минуту
- В. свыше 50 ударов в минуту
- Г. свыше 60 ударов в минуту
- 18. Какой из следующих признаков указывает на тяжелое заболевание у ребенка в возрасте до 2-х месяцев:**
- А. поверхностный сон
- Б. частота дыхания свыше 40 ударов в минуту
- В. высокая ( $37,5^{\circ}\text{C}$  или более) или низкая температура тела (меньше чем  $35,5^{\circ}\text{C}$ )
- Г. хаотичные движения рук и ног.
- 19. Какой из следующих признаков указывает на тяжелое заболевание у ребенка в возрасте до 2-х месяцев:**
- А. сосет с активно, но периодически отпускает и плачет
- Б. частота дыхания свыше 40 ударов в минуту
- В. высокая ( $37,5^{\circ}\text{C}$  или более) или низкая температура тела (меньше чем  $35,5^{\circ}\text{C}$ )
- Г. движения рук и ног только при стимуляции.
- 20. Какой из следующих признаков указывает на тяжелое заболевание у ребенка до 2-х месяцев жизни:**
- А. движения хаотичные
- Б. судороги
- В. беспокойный
- Г. частые мочеиспускания
- 21. Какой из следующих признаков не является проявлением тяжелого заболевания у ребенка до 2-х месяцев жизни:**
- А. движения хаотичные
- Б. судороги
- В. учащенное дыхание (60 и более дыханий в мин)
- Г. высокая ( $37,5^{\circ}\text{C}$  или более) или низкая температура тела (меньше чем  $35,5^{\circ}\text{C}$ )
- 22. У ребенка до 2-х месяцев жизни диагностируется местная бактериальная инфекция при наличии:**

- А. гнойных выделений из пупка или его покраснении
  - Б. судорог
  - В. учащенном дыхании (60 и более дыханий в мин)
  - Г. отсутствии движений
- 23. У ребенка до 2-х месяцев жизни диагностируется местная бактериальная инфекция при наличии:**
- А. гнойных высыпаний на коже
  - Б. втяжении уступчивых мест грудной клетки
  - В. высокая (37,5°C или более) или низкая температура тела (меньше чем 35,5°C)
  - Г. движений только при стимуляции
- 24. У ребенка до 2-х месяцев жизни диагностируется тяжелое обезвоживание при наличии следующего сочетания симптомов, кроме:**
- А. запавшие глаза + кожная складка расправляется очень медленно
  - Б. движения только при стимуляции или нет движений даже при стимуляции+ кожная складка расправляется очень медленно
  - В. кожная складка расправляется очень медленно+ движения только при стимуляции или нет движений даже при стимуляции
  - Г. запавшие глаза + кожная складка расправляется медленно
- 25. У ребенка до 2-х месяцев жизни диагностируется умеренное обезвоживание при наличии следующего сочетания симптомов, кроме:**
- А. запавшие глаза + кожная складка расправляется медленно
  - Б. движения только при стимуляции или нет движений даже при стимуляции+ кожная складка расправляется очень медленно
  - В. кожная складка расправляется медленно+ беспокоен, болезненно раздражим
  - Г. запавшие глаза + беспокоен, болезненно раздражим.
- 25. Ребенок до 2-х месяцев жизни с умеренным обезвоживанием нуждается в лечении:**
- А. в детском отделении
  - Б. в инфекционной больнице
  - В. в отделении реанимации
  - Г. в пункте оральной регидратации.
- 26. Ребенок до 2-х месяцев жизни с тяжелым обезвоживанием нуждается в лечении:**
- А. в детском отделении
  - Б. в инфекционной больнице
  - В. в отделении реанимации
  - Г. в пункте оральной регидратации.
- 27. Ребенок до 2-х месяцев жизни с желтухой ладоней и ступней нуждается в лечении:** А. в детском отделении
- Б. в роддоме
  - В. дома
  - Г. на дневном стационаре.
- 28. Ребенок до 2-х месяцев жизни с местной бактериальной инфекцией нуждается в лечении:**
- А. в детском стационаре
  - Б. в роддоме
  - В. дома
  - Г. на дневном стационаре.
- 29. Ребенок до 2-х месяцев жизни с тяжелой бактериальной инфекцией нуждается в лечении:** А. в детском стационаре
- Б. в роддоме
  - В. дома
  - Г. на дневном стационаре.
- 30. Ребенок до 2-х месяцев жизни с высокой (37,5°C или более) или низкой температурой тела (меньше чем 35,5°C) нуждается в лечении:** А. в детском стационаре

- Б. в роддоме
- В. дома Г. на дневном стационаре.

## **РАЗДЕЛ 6. Диспансерное наблюдение детей с острой и хронической патологией дыхательных путей и аллергическими заболеваниями**

### **1. Задачами диспансерного наблюдения за больными являются:**

- А. Предупреждение осложнений,
- Б. Предупреждение прогрессирования болезни и рецидивов, В. Предупреждение инвалидизации,
- Г. Все перечисленное верно.

### **2. Диспансерный прием медицинского работника включает:**

- А. Расчет стоимости клинического обследования
- Б. Расчет стоимости медицинских препаратов
- В. Оценку состояния ребенка
- Г. Расчет стоимости медицинских услуг

### **3. К критериям эффективности диспансерного наблюдения относят:**

- А. Повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
- Б. Снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
- В. Уменьшение числа обострений хронических заболеваний
- Г. Сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением

### **4. Критерием эффективности диспансерного наблюдения в детской поликлинике является:**

- А. Повышение рождаемости доношенных детей
- Б. Увеличение удельного веса выздоровевших детей
- В. Снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов
- Г. Снижение стоимости медицинских препаратов

### **5. Решение вопроса о снятии ребёнка с диспансерного учета или оформления инвалидности осуществляется:**

- А. Участковым педиатром
- Б. Родителями самостоятельно
- В. Главным врачом детской поликлиники
- Г. Комиссионно

### **6. К основаниям для прекращения диспансерного наблюдения относят:**

- А. Выздоровление
- Б. Отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
- В. Пожелание родственников ребенка
- Г. Пожелание законных представителей ребенка

### **7. При постановке на учет и при снятии с диспансерного учета участковым врачом составляется:**

- А. История болезни
- Б. Статистический талон
- В. Эпикриз
- Г. Форма № 112/у

### **8. Эпикриз для контроля диспансеризации подписывает:**

- А. Родитель ребенка
- Б. Медицинская сестра
- В. Заведующий педиатрическими участками

Г. Врач-диетолог

9. Частота плановых осмотров участковым педиатром больных бронхиальной астмой в течение года составляет:
- А. 1 раз в год
  - Б. 2 раза в год
  - В. 4 раза в год
  - Г. 6 раз в год
  - Д. 1 раз в месяц
10. Реконвалесценты респираторных вирусных инфекций в организованных детских коллективах подлежат, кроме:
- А. Освобождению от основных уроков физического воспитания на 1-2 недели
  - Б. Оформлению в специальную физкультурную группу
  - В. Оформлению в подготовительную физкультурную группу
  - Г. Освобождению от соревнований
11. Основными мерами первичной профилактики бронхиальной астмы у детей следует считать:
- А. Элиминационный режим периода беременности матери (профессиональные вредности, курение, питание, лекарственные препараты, микросоциальная среда)
  - Б. Профилактика ОРЗ в период беременности матери
  - В. Устранение пассивного курения детьми группы риска
  - Г. Профилактика ОРЗ у детей группы риска
  - Д. Курсы специфической иммунотерапии аллергенами
12. Основными мерами вторичной профилактики при бронхиальной астме у детей следует считать:
- А. Устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами
  - Б. Устранение воздействия неспецифических триггерных факторов
  - В. Специфическая иммунотерапия (сит)
  - Д. Длительное применение  $\beta_2$ -агонистов короткого действия
13. Назовите методы реабилитации, применяемые у детей - реконвалесцентов острого бронхита и пневмонии, с целью улучшения дренажной функции бронхов, кроме:
- А. Вибрационный массаж,
  - Б. Дыхательная гимнастика,
  - В. Лечебная физкультура,
  - Г. Галотерапия
  - Д. Интервальная гипокситерапия
14. Лечебно-оздоровительные мероприятия, применяемые в условиях поликлиники для реабилитации ребёнка с бронхиальной астмой средней тяжести, включают, кроме:
- А. Спелеотерапия
  - Б. Интервальная гипокситерапия
  - В. Ампли пульс
  - Г. Дыхательная гимнастика
  - Д. Небулайзерная терапия
15. Ребенка с atopическим дерматитом педиатр осматривает на первом году жизни в первом полугодии 1 раз в:
- А. 2 недели
  - Б. месяц
  - В. 2 месяца
  - Г. 3 месяца
16. Ребенка с atopическим дерматитом педиатр осматривает на первом году жизни в втором полугодии 1 раз в:
- А. месяц
  - Б. 2 месяца

- В. 3 месяца
  - Г. 2 недели
- 17. Детям с бронхиальной астмой участковый педиатр должен проводить:** А. оценку эффективности начальной базисной терапии  
Б. аллергенспецифическую иммунотерапию  
В. оценку кожных проб  
Г. выполнение спирографии
- 18. При неэффективности начальной противовоспалительной базисной терапии у ребенка с бронхиальной астмой участковый педиатр должен:**  
А. направить ребенка на госпитализацию в стационар  
Б. увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов  
В. назначить болюсно системные глюкокортикостероиды  
Г. увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов + бета-2-агонистов длительного действия
- 19. При выписке лекарственного препарата ребенку с бронхиальной астмой участковый педиатр использует рецептурный бланк формы:**  
А. 148-1/у-04(л)  
Б. 148-1/у-06(л)  
В. 107-1/у  
Г. 148-1/у-88
- 20. Препаратом выбора при необходимости снижения температуры тела у ребенка является:**  
А. парацетамол  
Б. метамизол натрия  
В. нимесулид  
Г. прометазин
- 21. Предпочтительным методом реабилитации пациентов с бронхиальной астмой в межприступный период является**  
А) климатотерапия  
Б) дарсонвализация  
В) аэрофитотерапия  
Г) электросонотерапия
- 22. Ребенка, страдающего бронхиальной астмой, на медико-социальную экспертизу учреждение здравоохранения (врач-педиатр, пульмонолог, аллерголог)**  
А) направляет при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой  
Б) направляет при наличии у него тяжелой персистирующей бронхиальной астмы  
В) направляет, поскольку у него поставлен диагноз «бронхиальная астма»  
Г) не направляет, так как бронхиальная астма не приводит к развитию стойких нарушений функций организма у детей
- 23. Вакцинация детей, больных бронхиальной астмой**  
А) проводится по индивидуальному плану только в периоды стойкой ремиссии  
Б) проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок  
В) проводится по желанию родителей  
Г) не проводится
- 24. При диспансерном наблюдении детей с легкой интермиттирующей и легкой персистирующей бронхиальной астмой частота осмотров участковым педиатром составляет 1 раз в \_\_\_\_\_ месяц (месяца) А) 3  
Б) 1  
В) 2 Г) 6**
- 25. Участковый педиатр осматривает детей с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой 1 раз в \_\_\_ мес.**

- А) 3
- Б) 6
- В) 12 Г)
- 24

- 26. Профилактические прививки детям с бронхиальной астмой проводят в период**
- А) ремиссии
  - Б) обострения
  - В) приступа
  - Г) подростковый
- 27. Для купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе применяют А)**
- сальбутамол
  - Б) флутиказон
  - В) эуфиллин
  - Г) цетиризин
- 28. Наиболее частым побочным эффектом ингаляционных глюкокортикоидов является**
- А) кандидоз полости рта и глотки
  - Б) артериальная гипертония
  - В) развитие остеопороза
  - Г) гиперкортицизм
- 29. Длительность диспансерного наблюдения зависит от**
- А) вида заболевания
  - Б) стадии заболевания
  - В) осложнений заболевания
  - Г) сопутствующей патологии
- 30. Диспансерный прием медицинского работника включает**
- А) оценку состояния ребенка
  - Б) расчет стоимости клинического обследования
  - В) расчет стоимости медицинских препаратов
  - Г) расчет стоимости медицинских услуг

**РАЗДЕЛ 7. Диспансерное наблюдение детей с острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, билиарной и мочеполовой системы.**

- 1. Сроки снятия с диспансерного учета детей с язвой желудка и 12-перстной кишки (после полной ремиссии):**
- А. Через год,
  - Б. Через 3 года, В. Через 5 лет,
  - Г. Через 10 лет,
- 2. При диспансерном наблюдении на педиатрическом участке детей с хроническим холециститом, обязательно проведение следующих обследований, кроме:**
- А. Клинический анализ крови
  - Б. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин, билирубин и его фракции)
  - В. Соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий
  - Г. УЗИ органов брюшной полости
- 3. Контрольное обследование ребенка с вирусным гепатитом А, выписанного из стационара на участок проводят на сроке:**
- А. 1-2 дня после выписки
  - Б. 15-30 дней и 3 мес. после выписки
  - В. 2 мес. После выписки Г. 6 мес. после выписки

4. В план динамического наблюдения на педиатрическом участке за ребенком, перенесшим вирусный гепатит В или С входят следующие обследования, кроме:
- А. Ежеквартальный профилактический осмотр педиатром в течение 1 года с проведением биохимического анализа крови (общий билирубин и его фракций, тимоловая и сулемовая пробы, АСТ, АЛТ)
  - Б. Ежеквартальный профилактический осмотр педиатром в течение 1 года
  - В. Проведение биохимического анализа крови (общий билирубин и его фракций, тимоловая и сулемовая пробы, АСТ, АЛТ) в начале наблюдения и перед снятием с учета
  - Г. Проведение УЗИ брюшной полости по показаниям
5. Диспансерное наблюдение за детьми с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки проводится:
- А. в течение 3 лет
  - Б. в течение 5 лет
  - В. в течение 10 лет
  - Г. до передачи во взрослую сеть
6. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим гастритом и хроническим гастродуоденитом после последнего обострения проводится:
- А. В течение 3 лет
  - Б. В течение 5 лет
  - В. В течение 1 года
  - Г. До перевода во взрослую сеть
7. Диспансерное наблюдение у детей с дискинезией желчных путей после обострения проводится
- А. В течение 2 лет
  - Б. В течение 3 лет
  - В. В течение 5 лет
  - Г. До перевода во взрослую сеть
8. Диспансерный осмотр у детей с дискинезией желчных путей проводится:
- А. Ежемесячно
  - Б. 1 раз в 3 месяца
  - В. 1 раз в 6 месяцев
  - Г. Ежегодно
9. Пациентам с язвенной болезнью желудка фиброгастродуоденоскопию проводят:
- А. 2 раза в год
  - Б. 1 раз в полгода
  - В. 1 раз в год
  - Г. 1 раз в 2 года
10. Пациентам с язвенной болезнью желудка анализ кала на скрытую кровь проводят: А. 1 раз в полгода
- Б. 3 раза в год
  - В. 1 раз в год
  - Г. 1 раз в 2 года
11. При заболеваниях желчных путей стойкая ремиссия определяется отсутствием клинических и лабораторных признаков болезни свыше \_\_\_\_\_ после последнего обострения: А. 1 года
- Б. 2 лет
  - В. 4 лет
  - Г. 5 лет
12. При неспецифическом язвенном колите посев кала проводят 1 раз в: А. Месяц
- Б. 3 месяца
  - В. 4 месяца
  - Г. 6 месяцев

## РАЗДЕЛ 10. Неотложная помощь при острых и хронических соматических заболеваниях

### 1. При анафилактическом шоке в комплекс неотложных мероприятий входит:

- А) введение адреналина, глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- Б) введение адреналина внутривенно, введение анальгетиков, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- В) введение глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- Г) оксигенотерапия, введение анальгетиков, введение адреналина внутривенно, введение глюкокортикоидов внутривенно

### 2. Анафилактический шок является противопоказанием для назначения:

- А) пипольфена
- Б) супрастина
- В) адреналина
- Г) преднизолона

### 3. Какова наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста?

- А) эпилепсия
- Б) гнойный менингит
- В) острое отравление
- Г) энцефалические реакции при вирусных инфекциях

### 4. При менингококцемии на догоспитальном этапе целесообразно вводить:

- А) системные кортикостероиды, антибиотики
- Б) сердечные гликозиды, антибиотики, системные кортикостероиды
- В) мезатон, антибиотики, гепарин
- Г) жаропонижающие препараты, антигистаминные препараты, антибиотики

- 5. Сердечно-легочная реанимация показана при**
- А) остановке сердца
  - Б) отсутствии сознания
  - В) отсутствии дыхания
  - Г) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
- 6. При гипертермическом синдроме у детей следует начинать синдромную терапию с применения:**
- А) раствор парацетамола для внутривенного введения
  - Б) метамизола натрия
  - В) хлопромазин
  - Г) прометазина гидрохлорид
- 7. У детей грудного возраста противопоказано использование в качестве жаропонижающего препарата:**
- А) ацетилсалициловой кислоты
  - Б) парацетамола в свечах
  - В) ибупрофена
  - Г) парацетамола в сиропе
- 8. К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относится введение:**
- А) диазепама
  - Б) фуросемида
  - В) преднизолон
  - Г) метамизола натрия
- 9. Для купирования острого приступа бронхиальной астмы препаратом выбора является А) сальбутамол**
- Б) преднизолон
  - В) будесонид
  - Г) теофиллин внутривенно
- 10. Больному с анафилактическим шоком необходимо прежде всего ввести:**
- А) адреналин
  - Б) атропин
  - В) преднизолон
  - Г) хлористый кальций
- 11. Кислородотерапия должна проводиться любому ребенку с сатурацией крови кислородом ниже \_\_\_%**
- А) 92
  - Б) 98
  - В) 85 Г) 80
- 12. При острой крапивнице без ангионевротических отеков показано лечение:**
- А) антигистаминным препаратом второго поколения
  - Б) инфузионная терапия с целью дезинтоксикации
  - В) антигистаминный препарат первого поколения
  - Г) преднизолон 1-2 мг/кг в сутки коротким курсом
- 13. При анафилактическом шоке, прежде всего, необходимо ввести:**
- А) адреналин
  - Б) дексаметазон
  - В) хлоропирамин
  - Г) допамин
- 14. При судорожном синдроме применяют**
- А) диазепам
  - Б) преднизолон
  - В) фуросемид

- Г) магния сульфат
- 15. Неотложная помощь при крапивнице заключается в назначении:**
- А) цетиризина
  - Б) фуразолидона
  - В) анальгина
  - Г) ацетилсалициловой кислоты
- 16. Эффективность реанимационных мероприятий оценивают по характеру изменения:**
- А. Сознания,
  - Б. Артериального давления,
  - В. Пульса на периферических артериях и сонной артерии,
  - Г. Диаметра зрачка.
- 17. Укажите дозировку адреналина для внутрисердечного введения при сердечно-легочной реанимации у детей:**
- А. 1% р-р адреналина 0,05 мл/год жизни,
  - Б. 0,1% р-р адреналина 0,2 мл/год жизни, В. 0,1 % р-р адреналина 0,05 мл/кг массы тела,
  - Г. 5 м кг/кг каждые 10 минут.
- 18. Необходимо введение препаратов кальция при проведении сердечно-легочной реанимации, если выявлены:**
- А. Асистолия и атония миокарда,
  - Б. Электромеханическая диссоциация, В. Фибрилляция желудочков,
  - Г. Гиперкалиемия.
- 19. Внезапное появление цианоза у новорожденного ребенка в горизонтальном положении и его исчезновение в вертикальном положении свидетельствует о:**
- А. Врожденном пороке сердца,
  - Б. Болезни гиалиновых мембран,
  - В. Диафрагмальной грыже, Г. Аспирационном синдроме.
- 20. При запрокидывании головы пациента кзади во время проведения сердечно-легочной реанимации обеспечивается:**
- А. Выпрямление дыхательных путей,
  - Б. Предотвращение западения языка,
  - В. Улучшение мозгового кровотока
  - Г. проясняется сознание и больной сможет самостоятельно дышать.
- 21. Перечислите возможные осложнения кислородотерапии:**
- А. Раздражение дыхательных путей и повреждение мерцательного эпителия дыхательных путей
  - Б. Подсыхание слизистой оболочки дыхательных путей
  - В. Утолщение альвеолярно-капиллярных мембран
  - Г. Все вышеперечисленное
- 22. При комах наиболее важным из метаболических нарушений является устранение:**
- А. Гипергликемии Б. Гипогликемии
  - В. Гипокортицизма
  - Г. Гипотиреоидного состояния
- 23. Какое из перечисленных состояний у детей является наиболее жизнеугрожающим:**
- А. Гиперосмолярное состояние
  - Б. Гипогликемическое состояние
  - В. Гипергликемическое состояние
  - Г. Кетоз
- 24. Развитие анизокории у ребенка в коме свидетельствует о, кроме:**

- А. Интракраниальном кровоизлиянии
  - Б. Резком повышении внутричерепного давления
  - В. Тенториальном вклинении мозга
  - Г. Судорожном синдроме
- 25. Какие особенности детского организма и условия, в которых произошло утопление, повышают успех реанимации без остаточных неврологических расстройств, кроме:**
- А. Активация анаэробного гликолиза,
  - Б. Относительно медленное развитие гипотермии, В. Ларингоспазм,
  - Г. Охлаждение.
- 26. К основным признакам клинической смерти не относится:**
- А. Остановка дыхания
  - Б. Отсутствие сознания
  - В. Расширение зрачков
  - Г. Судороги
- 27. При обеспечении проходимости дыхательных путей у младенца (0 - 12 мес.), у которого нет подозрения на травму шейного отдела позвоночника, какая часть тела должна быть направлена вверх?**
- А. Нос,
  - Б. Подбородок, В. Грудная клетка,
  - Г. Живот.
- 28. К неотложным признакам относятся, кроме:**
- А. Кома,
  - Б. Центральный цианоз, В. Асфиксия,
  - Г. Высокая температура тела.
- 29. К неотложным признакам относятся, кроме:**
- А. Симптомы шока
  - Б. Заторможенность, летаргичность
  - В. Признаки тяжелого обезвоживания
  - Г. Тяжелая дыхательная недостаточность
- 30. По классификации септический шок относится:** А. Гиповолемическому шоку
- Б. Кардиогенному шоку
  - В. Распределительному шоку
  - Г. Обструктивному шоку

## РАЗДЕЛ 11. Неотложная помощь при несчастных случаях

- 1. Для отравления бледной поганкой не характерна:**
- А) гипертермия
  - Б) диарея
  - В) тошнота
  - Г) рвота
- 2. Для алкогольной интоксикации характерна:** А) гиперсаливация
- Б) гипертермия
  - В) анемия

- Г) гипергликемия **3. Отравление угарным газом клинически проявляется:**
- А) нарушением дыхания
  - Б) диспепсией
  - В) рвотой
  - Г) дизурией
- 4. Типичное клиническое проявление отравления барбитуратами состоит в:**
- А) отсутствии сознания (кома)
  - Б) артериальной гипертензии
  - В) брадикардии
  - Г) сужении зрачков
- 5. Симптом, не характерный для отравления угарным газом:** А) гемолиз эритроцитов
- Б) потеря сознания
  - В) нарушение дыхания
  - Г) тахикардия, артериальная гипертензия
- 6. Симптомы, не соответствующие клинике отека легких:**
- А) тоны сердца усилены, пульс ритмичный
  - Б) бледность, цианоз кожи, холодный пот
  - В) кашель с отделением пенистой мокроты
  - Г) влажные разнокалиберные хрипы в легких
- 7. Симптом, не характерный для укуса пчёл, ос:**
- А) геморрагические высыпания
  - Б) отёк мягких тканей
  - В) локальный лимфаденит
  - Г) лихорадка
- 8. Симптомы, характерные для четвёртой степени обморожения:**
- А) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация
  - Б) пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
  - В) некроз кожи
  - Г) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании
- 9. При тепловом ударе потоотделение:**
- А) прекращается
  - Б) увеличивается
  - В) несколько снижается
  - Г) не изменяется
- 10. Клинические проявления, соответствующие второй степени тяжести электротравмы:**
- А) потеря сознания, «мраморность» кожи, одышка, тахикардия, аритмия, гипотензия, ожог, шок
  - Б) кома, ларингоспазм, ДН, сердечная аритмия, артериальная гипотензия, ожог, шок
  - В) сознание сохранено, возбуждение, бледность, тахикардия, одышка
  - Г) клиническая смерть, фибрилляция желудочков сердца, остановка кровообращения
- 11. При ожоговом шоке у ребенка необходимо проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе, если имеется:** А) артериальная гипотензия
- Б) нарушение сознания
  - В) возбуждение
  - Г) болевой синдром
- 12. При отморожении первая помощь состоит в:**
- А) наложении термоизолирующей повязки
  - Б) наложении масляно-бальзамической повязки
  - В) растирании снегом и шерстью
  - Г) погружении в теплую воду
- 13. Какое неотложное состояние может возникать при ОРВИ?**

- А) фебрильные судороги
  - Б) приступообразный кашель
  - В) синдром гиперреактивности бронхов
  - Г) анорексия
- 14. Госпитализация ребенка старше одного года при ожогах  
необязательна А) I ст. 5-10%**

- Б) I ст. 10-15%
  - В) II ст. 5% более
  - Г) III ст. 3% и более
- 15. К первым признакам**

**солнечного удара относят:**

- А) головную боль, тошноту, рвоту, повышение температуры тела
  - Б) судороги
  - В) жидкий стул
  - Г) похолодание конечностей
- 16. При**

**солнечном ударе необходимо прежде всего:**

- А) госпитализировать ребенка в случае нарушения гемодинамики и дыхания
  - Б) поместить ребенка в тень
  - В) применить холод на магистральные сосуды
  - Г) ввести жаропонижающий препарат
- 17. При отравлениях угарным**

**газом методом выбора в лечении является:** А) гипербарическая  
оксигенация

- Б) заменное переливание крови
  - В) гемосорбция
  - Г) ингаляции кислородно-воздушной смеси
- 18.**

**При отравлении бледной поганкой развивается:**

- А) отек легких
  - Б) судорожный синдром
  - В) острая почечная недостаточность
  - Г) острая печеночная недостаточность
- 19. Прием Геймлиха**

**осуществляют у детей старше одного года:**

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

**20. Каким раствором целесообразнее проводить промывание желудка в первые часы после  
отравления кислотами?**

- А) 4% раствором гидрокарбоната натрия
  - Б) 2% раствором окиси магния
  - В) теплой водой
  - Г) 0,1% раствором марганцевокислого калия
- 21. Случайные отравления**

**наиболее часто происходят от употребления ребенком:**

- А) лекарственных препаратов
  - Б) растительных ядов
  - В) препаратов бытовой химии
  - Г) ядовитых грибов
- 22. Каким должно быть положение больного с рвотой во**

**время транспортировки?**

- А) лежа на боку
- Б) лежа на спине
- В) лежа на животе
- Г) сидя с запрокинутой головой

**23. Для предотвращения солнечного удара летом ребенку:**

- А) необходимо избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами

- Б) необходимо давать много жидкости в жаркие дни
  - В) следует большую часть времени проводить у водоемов
  - Г) не следует выходить на улицу
- 24. При отравлении угарным газом наиболее целесообразным является:**
- А) гипербарическая оксигенация
  - Б) искусственная вентиляция легких 100% O<sub>2</sub>
  - В) введение антидота внутривенно
  - Г) обменное переливание крови
- 25. Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо:**
- А) после интубации трахеи
  - Б) в положении на спине
  - В) после идентификации яда
  - Г) в положении на боку с опущенной головой
- 26. При отравлении детей морфием применяют**
- А) налорфин
  - Б) бемеград
  - В) атропин
  - Г) протамин сульфат
- 27. При отравлении детей гепарином применяют:**
- А) протамин сульфат
  - Б) бемеград
  - В) налорфин
  - Г) атропин
- 28. При отравлении детей фос применяют:**
- А) атропин
  - Б) бемеград
  - В) налорфин
  - Г) протамин сульфат
- 29. При отравлении атропиноподобными веществами наблюдаются:**
- А) гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
  - Б) саливация, бронхоспазм, сужение зрачков
  - В) угнетение сознания, сужение зрачков
  - Г) тонико-клонические судороги
- 30. К начальным проявлениям теплового удара у детей относят:**
- А) частое мочеиспускание и полиурию, прекращение потоотделения
  - Б) незначительное потоотделение
  - В) жажду
  - Г) задержку мочеиспускания и олигурию

Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности  
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ

Семестр 7

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. Перечень заданий  
согласно тематики  
Ситуационная задача 1

Мальчик Р., 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (противоанемические препараты во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина — 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью «Нан», с 5 месяцев введен прикорм — овсяная и манная каши, творог, с 9 месяцев — овощное пюре, с 11 месяцев — мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в Бишкек обратились к врачу, в ОАК обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

*ОАК:* НЬ — 85 г/л, Эр —  $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,71, Ретик — 1,9%, Лейк —  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микросфероцитоз.

*ОАМ:* цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

*Биохимический анализ крови:* железо сыворотки — 7,3 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки — 87,9 мкмоль/л, свободный гемоглобин — не определяется.

*Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно):* отрицательно.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
4. Показано ли переливание крови и/или ее отдельных компонентов при данном заболевании?

Ситуационная задача 2

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты. Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — II межреберье, левая — по левой средне-ключичной линии, правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

*ОАК:* НЬ — 120 г/л, Эр —  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,83, Лейк —  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

*ОАМ:* цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций ионизированный — 0,6 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л, АлТ — 23 Ед/л, АсТ — 19 Ед/л.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию тетании у детей раннего возраста?
5. Тактика лечения?

### **Ситуационная задача 3**

Ребенку 5 месяцев, от I беременности, протекавшей благополучно, роды в срок, ВПР — 3600 гр., РПР — 50 см., закричал сразу, после чего был приложен к груди, пуповинный остаток отпал на 7-й день жизни, выписан из роддома на 3-й день. До 2-х мес. находился на естественном вскармливании, затем переведен на смешанное вскармливание и с 3-х мес. — на искусственном вскармливании (цельное коровье молоко). Соки начал получать с 2-х мес., с 4-х мес. — манную кашу. В весе прибавлял ежемесячно в среднем по 800 г. и к 5 мес., масса тела составляла 8200 г. Психомоторное развитие соответствует возрасту. До настоящего возраста ничем не болел. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В 1 мес. мать заметила появление опрелостей в паховых и подмышечных областях, которые, несмотря на тщательный уход, не исчезали. В 2 мес. появились жирные корочки на волосистой части

головы. С переводом на полное искусственное вскармливание появилась краснота на щеках, которая вскоре перешла в мокнущую разлитую гиперемию с образованием корочек, на туловище – частые зудящие высыпания. В 4 мес. все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон – поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожно-жировой слой развит избыточно, дряблый. Мышечный тонус снижен, кожа лица гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корочками. На коже туловища расчесы. Язык географический. Из носа - непостоянные серозные выделения. На шее, в паховых областях прощупываются эластичные, подвижные лимфатические узлы величиной с «горошину». Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см., край закругленный, плотноватый, стул нормальный.

*ОАК:* Нв – 118 г/л, эр. –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $10,6 \times 10^9/л$ , п – 2%, с – 28%, л – 56%, э – 8%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/ч.

*ОАМ:* единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Тактика лечения ребенка.

### **Ситуационная задача 4**

Ребенку 3 месяца, жалобы на плохую прибавку массы тела, вялость. Мальчик от 1-й беременности (матери 40 лет), протекавшей на фоне гипертонической болезни и фетоплацентарной недостаточности I ст., родился на 32-й неделе, с массой 2200 гр. Поздно приложен к груди. В возрасте 1 мес. переведен на искусственное вскармливание в соответствии с рекомендациями педиатра. Аппетит снижен, сосет грудь вяло.

На момент осмотра вес 3200 гр. Отмечается выраженная бледность и сухость кожных покровов. Тургор тканей снижен, мышечный тонус снижен, ребенок лежит в разгибательной позе. Раздражителен, на осмотр реагирует негативно. Выраженное истощение подкожно-жировой клетчатки: треугольное лицо, «рот воробья», кожные покровы сморщенные, кожная складка расправляется медленно. Голову не удерживает, взгляд фиксирует кратковременно. Язык розового цвета. Атрофированы сосочки языка. Над легкими пуэрильное дыхание. На верхушке сердца выслушивается непостоянный короткий систолический шум. Печень и селезенка на 3 см. выступают из-под реберных дуг.

*ОАК:* Нв – 78 г/л, эр. –  $3,0 \times 10^{12}/л$ , Ретикулоциты – 18 ‰, ЦП – 0,72, Лейк. –  $9,0 \times 10^9/л$ , п – 2%, с – 28%, э – 2%, л – 60%, м – 8%, СОЭ – 12 мм/ч.

*Биохимические анализы:* Fe – 9 мкмоль/л, ОЖСС (общая железосвязывающая способность сыворотки крови) – 80 мкмоль/л

#### **Вопросы:**

1. Какое заболевание следует заподозрить у ребенка?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Назовите основные этиологические факторы заболевания.
4. Ваша тактика в составлении режима кормления.
5. Медикаментозная терапия.

### Ситуационная задача 5

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

*Общий анализ крови:* НЬ — 99 г/л, Эр —  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $8,1 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.

*Общий анализ мочи:* реакция — кислая, относительная плотность -1015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

*Бактериологическое исследование кала:* дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

#### Вопросы:

1. Клинический диагноз на момент осмотра?
2. Возможные причины патологических состояний?
3. План дополнительного обследования?
4. Назначьте ребенку кормление.
5. План медикаментозного лечения?

### Ситуационная задача 6

Мать девочки 8 месяцев обратилась с жалобами на отставание ребенка в физическом развитии (самостоятельно не сидит, не переворачивается), пугливость, вздрагивание во сне, повышенную потливость. Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 2-х мес, затем стала употреблять цельное коровье молоко и каши, которые преобладают в рационе до настоящего времени; овощи и мясо не ест. Профилактику витамином D девочка не получала, у врачей не наблюдалась (проживает у бабушки в деревне). Психомоторное и физическое развитие соответствует возрасту 5 месяцев.

При осмотре: кожа бледная, чистая, повышенной влажности. Тургор тканей снижен. Большой родничок 2,5×2,5 см, края податливые. Выражены лобные и теменные бугры, затылок уплощен, там же — участок облысения. Пальпируются реберные «четки», прослеживается Гarrisонова борозда. Мышечный тонус снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот

мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез не нарушены.

*ОАК:* Нв – 118 г/л, эр. –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $10,6 \times 10^9/л$ , п – 2%, с – 28%, л – 56%, э – 8%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/ч.

*ОАМ:* единичные лейкоциты и единичные эпителиальные клетки в поле зрения, эритроцитов нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Какие результаты Вы ожидаете получить?
3. Какова этиология заболевания у данного ребенка?
4. Тактика лечения.

### Ситуационная задача 7

Мальчик 3х месяцев поступил в стационар с жалобами матери на беспокойство и отказ ребенка от еды, появление рвоты, жидкого стула.

Анамнез заболевания: со 2-ой недели жизни ребенок с профилактической целью получает витамин D – по одной капле масляного раствора (Видехол) ежедневно, а с 2-х месяцев – по 5 кап витамина D.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, осложненной гестозом. Роды на 36 нед гестации, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2500 г, длина 46 см. Со 2-го месяца жизни находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями «Малютка» и «Агуша».

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, сопорозное состояние. Кожа бледная, выражен «мраморный рисунок», симптом «белого пятна». Кожа и слизистые оболочки сухие. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, выражена мышечная гипотония. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 36/мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС 170 уд/мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий. Диурез снижен. Масса тела при поступлении 3500 г.

*ОАК:* Нв - 118 г/л, Эр -  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $6,2 \times 10^9/л$ , п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

*ОАМ:* цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного. *Проба Сулковича:* ++++

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 2,8 ммоль/л, фосфор — 1,8 ммоль/л, АлТ — 23 Ед/л, АсТ — 19 Ед/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова этиология данного состояния у ребенка?
3. Тактика лечения (алгоритм ведения в стационаре).
4. Назовите поздние осложнения заболевания.

### Ситуационная задача 8

Мать 8-месячной девочки обратилась к врачу с жалобами на вялость, потливость, снижение аппетита и бледность кожи у ребенка. Из анамнеза: девочка от I беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, срочных родов, из двойни. Масса при рождении 2600,0 г, длина 49 см. С рождения находится на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. Соки и яблочное пюре введены с 7,5 мес, манная каша с 7,5 мес, от овощного пюре отказывается, мясо в прикорм еще не введено. Психомоторное развитие по возрасту. В возрасте 4-х месяцев перенесла кишечную инфекцию в среднетяжелой форме. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, ангулярный стоматит, сосочки языка сглажены. Волосы тусклые, ногти ломкие. Кожа наощупь суховатая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок 2,5×2,5 см, края его размягчены, определяется уплощение и облысение затылка, теменные бугры. Мышечный тонус снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке мягкого тембра. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

*ОАК:* Нв 85 г/л, эр.  $3,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,75, ретикулоциты 1,1%, тромб.  $225 \times 10^9$ /л, лейкоц.  $6,7 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 24%, лимф. 63%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 6 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* общий белок 62 г/л, железо 3,9 мкмоль/л, ОЖСС 94 мкмоль/л, ферритин 11 мкг/л.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте основной и сопутствующий диагнозы.
2. Стандарт обследования для подтверждения (верификации) диагноза.
3. Основные причины развития заболевания. Каковы механизмы развития систолического шума?
4. Назначьте лечение.

#### **Ситуационная задача 9**

Мать 3-месячной девочки в марте этого года обратилась с жалобами, что в последние 2-3 недели ребенок стал пугливым, вздрагивать во сне, появилась выраженная потливость. 20 Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. На грудном вскармливании. Профилактику витамином D не получала. При осмотре: кожа бледная, чистая. Большой родничок 2,0×2,5 см, края податливые. Голова правильной формы, затылок лысый. Мышечный тонус удовлетворительный. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. При громком разговоре девочка вздрагивает. Выражен красный дермографизм. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

*ОАК:* Нв – 117 г/л, эр. –  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $9,0 \times 10^9$ /л, эоз – 3%, п – 1%, с – 34%, лимф. – 55%, м – 7%, СОЭ – 4 мм/ч.

*Биохимические анализы:* активность щелочной фосфатазы 680 ЕД/л, содержание лимонной кислоты – 24 ммоль/л, аминокислотурия – 30 мг/кг/сут. Фосфор – 0,53 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Какова этиология заболевания у данного ребенка?
3. Тактика лечения ребенка: основные группы препаратов, дозы, длительность курсов.
4. Назовите клинико-лабораторные критерии эффективности терапии.
5. Современные методы профилактики заболевания (с помощью лекарственных препаратов и других методов профилактики).

#### Ситуационная задача 10

Ребенок 5 лет. Родился с массой 4500 гр, рост – 52 см. В массе прибавлял хорошо, однако прибавка массы была неустойчивой (при небольших погрешностях в диете или при заболеваниях – отмечалось быстрое ее снижение). В анамнезе: частые и тяжело протекающие простудные заболевания.

Объективно: ребенок вялый, бледный, апатичный, имеет избыточный вес. Лицо одутловатое. Тургор снижен. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы I-II размера – плотноватые, безболезненные, подвижные. Дышит ртом, носовое дыхание затруднено из-за аденоидных разрастаний в носоглотке. Сердечные тоны приглушены, умеренная тахикардия, на верхушке систолический шум функционального характера. Определяется увеличение печени и селезенки соответственно на 2,0 и 1,0 см.

ОАК: Нв – 128 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $10,0 \times 10^9/л$ , эоз – 3%, п – 1%, с-34%, лимф. – 48%, м – 14%, СОЭ – 12 мм/ч.

Выявлено некоторое снижение продукции 17-кето, 17-оксикортикостероидов, а так же адреналина.

На рентгенограмме органов грудной клетки определяется тимомегалия II степени. Тень сердца в форме «капли», гипоплазия дуги аорты.

Ребенок был направлен на операцию удаления аденоидных вегетаций, во время которой развилось коллаптоидное состояние не связанное с кровотечением. После неотложных лечебных мероприятий состояние ребенка значительно улучшилось. Выписан в удовлетворительном состоянии.

#### Вопросы:

1. О каком заболевании свидетельствует статус ребенка?
2. Дайте оценку лабораторным и инструментальным методам исследования.
3. Почему перенесенные заболевания имели тяжелое течение?
4. Почему во время операции развился коллапс?
5. Какие необходимо принимать меры по предупреждению развития коллапса у таких детей?

#### Ситуационная задача 11

Ребенку 3 года. Поступил в приемное отделение детской городской больницы с жалобами на запах ацетона изо рта, головную боль, тошноту, многократную рвоту, схваткообразные боли в животе.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. Находился на грудном вскармливании до 2 лет, прикорм введен адекватно с 6-месячного возраста. опережает сверстников в умственном развитии, возбудим, эмоционален. Подобные приступы рвоты с запахом ацетона ранее отмечались дважды. Семейный анамнез: отец страдает мочекаменной болезнью, бабушка по материнской линии больна подагрой.

Объективно: состояние средней тяжести, за счет эксикоза с токсикозом, ребенок бледный, вялый, пониженного питания. Над легкими перкуторно ясный легочной звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 30/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, границы сердца перкуторно соответствуют возрастной норме. ЧСС 116 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, мягкая, край заострен. Селезенка не увеличена. Стула не было, диурез снижен.

ОАК: Нв – 128 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $10,0 \times 10^9$ /л, эоз – 3%, п – 1%, с-30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови повышен уровень кетоновых тел, аммиака, мочевой кислоты. Глюкоза крови 4,0 ммоль/л. В анализе мочи ацетон (++++).

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. С чем связана рвота?
3. Патогенез данного заболевания?
4. Перечень неотложных мероприятий.

**Ситуационная задача 12**

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.

Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ , кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок  $2,0 \times 2,5$  см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные.

ОАК: Нв – 120 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $10,0 \times 10^9$ /л, эоз – 3%, п – 1%, с-30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

В ионограмме отмечено снижение уровня кальция.

**Вопросы:**

1. Поставьте ребенку клинический диагноз с предоставлением его обоснования;
2. Каков патогенез данного состояния у данного пациента?
3. Назначьте дополнительные обследования для верификации диагноза.
4. Тактика лечения.

**Ситуационная задача 13**

Мальчик 1 год, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула.

Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес – пневмонию. После перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес,

затем – искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

ОАК: Нв 85 г/л, эр.  $3,1 \times 10^{12}/л$ , ЦП 0,75, ретикулоциты 10,1%, тромб.  $225 \times 10^9 /л$ , лейкоц.  $6,7 \times 10^9 /л$ , п/я 2%, с/я 24%, лимф. 63%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 6 мм/ч.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните причину развития заболевания.
4. Тактика лечения.

#### **Ситуационная задача 14**

Ребенку 7 месяцев. Он бледен, плохо держит голову, не сидит, выражена резкая гипотония, разболтанность суставов, заторможенность, потливость с кисловатым запахом. Мальчик находится на искусственном вскармливании, но в последнее время очень плохо кушает. Прикорм не введен. При осмотре кожные покровы бледные, волосы тусклые, отмечается ломкость ногтей, белые пятна на ногтях. Выраженный краниотабес, затылок резко уплощен, выраженный симптом «лягушачий живот». Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боковых сторон («куриная грудь»), выражен грудной кифоз. Отмечается одышка, тахикардия, тоны сердца приглушены. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка – на 2-3 см, плотноватой консистенции. Стул дважды в сутки кашицеобразный, желтый. Диурез не нарушен.

ОАК: Нв – 89 г/л, эр. –  $2,8 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,6, гипохромия +++ , анизоцитоз с пойкилоцитозом.

*Биохимические анализы:* активность щелочной фосфатазы 480 ЕД/л, содержание лимонной кислоты – 24 ммоль/л, аминокислотурия – 30 мг/кг/сут. Фосфор – 0,53 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте указанный клинический диагноз, подкрепив лабораторными исследованиями;
3. Патогенез данного заболевания;
4. Назначьте лечение данному пациенту.

#### **Ситуационная задача 15**

Ребенку 4 месяца, родился в ноябре-месяце. Мальчик от 1 беременности, родители молоды и здоровы, беременность протекала благополучно, роды срочные, самостоятельные. Закричал и был приложен к груди сразу. Период новорожденности протекал благополучно. Он беспокоен, пуглив, раздражителен; отмечается потливость, особенно во сне и при кормлении, наиболее сильно потеет лицо и волосистая часть головы. Ребенок непрерывно трет голову о подушку. Появилось облысение затылка. Часто капризничает, вздрагивает, особенно при засыпании, сон беспокойный. При осмотре:

усилен красный дермографизм, отмечается нерезко выраженная податливость краев большого родничка (размеры 3,0 x 3,0 см) и костей черепа по ходу стреловидного шва, а так же легкое уплощение костей затылка.

*ОАК:* Нв – 120 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $10,0 \times 10^9/л$ , эоз – 3%, п – 1%, с-30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

*В сыворотке крови:* активность щелочной фосфатазы 650 ЕД/л, содержание лимонной кислоты – 42 ммоль/л, аминокислотурия – 28 мг/кг в сутки.

*Ионограмма:* Фосфор - 0,7 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Ваш клинический диагноз;
2. Приведите лабораторные доказательства диагноза;
3. Какова этиология данного заболевания?
4. Назначьте лечение данному больному.

## Семестр 8

### Ситуационная задача 1

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена в первый час после рождения, выписана из роддома на 3-и сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. — на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Семейный анамнез: у матери — пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая — на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая — на 0,5 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 ударов в мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

*В ОАК:* Нв — 118 г/л, Эр —  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк —  $6,2 \times 10^9/л$ , п/я — 1%, с — 20%, э — 3%, л — 68%, м — 8%, СОЭ — 15 мм/час.

*Rg грудной клетки:* отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Принципы лечения?
4. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?

### Ситуационная задача 2

Больной К., 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом скорой помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

При осмотре врач скорой помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

*В ОАК:* НЬ — 134 г/л, Эр —  $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы — 2%, п/я — 8%, с — 64%, л — 24%, м — 2%, СОЭ — 22 мм/час.

*Рентгенограмма грудной клетки:* выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

#### **Вопросы:**

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
4. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.

#### **Ситуационная задача 3**

Мальчик М., 1 год 1 мес., поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель. Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°C, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС — 160 ударов в мин. Ребенок госпитализирован.

*В ОАК:* гематокрит — 49%, НЬ — 122 г/л, Эр —  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,8, Лейк  $10,8 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 52%, э -1%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 17 мм/час.

*ОАМ:* цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — 0,066‰, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

*Рентгенограмма грудной клетки:* выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
4. Принципы терапии данного заболевания.

#### **Ситуационная задача 4**

Ребенок 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании.

Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, «мраморности» кожных покровов, одышки. Назначен ампициллин. Состояние не улучшалось. Ребенка госпитализировали.

При поступлении в больницу масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела  $37,9^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, «мраморный» рисунок кожи. Частота дыхания 44 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше слева, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 120 ударов в мин. Живот мягкий, распластан, выражена «гаррисонова» борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

*ОАК:* НЬ — 100 г/л, Эр —  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк  $-13,6 \times 10^9$ /л, п/я — 10%, с — 58%, л — 22%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

*ОАМ:* количество — 50,0 мл, относительная плотность — 1,010, слизи — нет, эпителия — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 60 г/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, холестерин — 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 900 ммоль/л (норма — 220-620), кальций — 2,3 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. Оцените данные анализа крови.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Назначьте больному адекватное лечение

### Ситуационная задача 5

Ребенок 4 лет, заболел 5 дней назад: отмечался подъем температуры тела до 37,5°C, появились слизистые выделения из носа, покашливание без выделения мокроты. Получал лечение «домашними» средствами. Состояние несколько улучшилось, температура снизилась, но на 5-й день заболевания отмечен подъем температуры до 38,6°C, нарастание влажного кашля, учащение дыхания.

Ребенок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенности. Находился на естественном вскармливании до 4 мес, прикорм с 3,5 мес. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенес ветряную оспу и дважды ОРВИ.

При осмотре участковым врачом состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания 40 в 1 минуту. Втяжение межреберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над легкими легочный звук с укорочением слева ниже лопатки. Аускультативно: в легких дыхание жесткое, слева ниже лопатки выслушивается участок ослабленного дыхания, там же — влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС — 128 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под реберного края, селезенка не пальпируется.

ОАК: НЬ — 115 г/л, Лейк —  $13,5 \times 10^9$ /л, п/я — 7%, с -61%, э — 1%, л — 23%, м — 8%, СОЭ — 20 мм/час.

*Рентгенограмма грудной клетки:* корни легких расширены, слева неструктурны, легочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень.

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Назначьте терапию.

### Ситуационная задача 6

Ребенок 9 месяцев, заболел остро: подъем температуры до 39,5°C, вялость, отказ от еды, слизистые выделения из носа, покашливание.

Ребенок от первой беременности, протекавшей без токсикоза. Роды срочные. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 53 см. Вскармливание естественное до 1 мес, далее — искусственное. С 3 мес. отмечаются опрелости. У матери — пищевая аллергия на белок коровьего молока, куриные яйца.

При осмотре отмечается: бледность, цианоз носогубного треугольника, ЧД 48 в 1 минуту, дыхание слышно на расстоянии. На коже щек яркая гиперемия, шелушение, в естественных складках кожи мокнутие. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, укорочен справа книзу от угла лопатки. С обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы на высоте вдоха. Над зоной укорочения перкуторного звука на высоте вдоха выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧСС — 160 ударов в мин, тоны сердца приглушены. Живот несколько вздут. Печень выступает на 3 см из-под реберного края. Стула не было 1 сутки. Мочится достаточно.

#### Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
5. Назначьте комплекс терапевтических мероприятий.

### Ситуационная задача 7

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности — без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни отмечались явления экссудативно-катарального диатеза. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца — язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД — 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая — на 1 см кнутри от правого края грудины, левая — на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС — 72 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

*ОАК:* НЬ — 118 г/л, Эр  $-4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 48%, э — 14%, л — 29%, м — 8%, СОЭ — 3 мм/час.

*ОАМ:* количество — 100,0 мл, относительная плотность — 1,016, слизи — нет, лейкоциты — 3-4 в п/з, эритроциты — нет.

*Рентгенограмма грудной клетки:* легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка.
3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
4. Тактика лечения?
5. Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?

### Ситуационная задача 8

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает atopическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии — бронхиальная астма, у матери — экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД — 32 в 1 минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС — 88 ударов в мин.

*ОАК:* НЬ — 120 г/л, Эр —  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк —  $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 51%, э — 8%, л — 28%, м — 10%, СОЭ — 5 мм/час.

*ОАМ:* количество — 120,0 мл, прозрачность — полная, относительная плотность — 1,018, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

*Рентгенограмма грудной клетки:* легочные поля прозрачные, усиление бронхологического рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

*Консультация отоларинголога:* аденоиды II-III степени.

### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Назначьте лечение в данном периоде заболевания?
4. Опишите этапное лечение заболевания.
5. Показана ли аденоидэктомия данному ребенку? Если да, то в каком периоде заболевания?
6. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?

### **Ситуационная задача 9**

Ребенок 7 месяцев. Девочка от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 52 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании. Прикорм введен с 6 месяцев, адекватный по частоте, густоте, разнообразию продуктов. Отмечается появление аллергических высыпаний при употреблении куриных яиц. Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Настоящее заболевание началось три дня назад, на фоне ОРВИ, которой болен старший ребенок в семье. Начало острое, с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки,

раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 62 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

*ОАК:* Нб - 118 г/л, Эр -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $6,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 20%, э - 3%, л - 68%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

*Рентгенография грудной клетки:* отмечается повышенная прозрачность легочный полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Принципы лечения?
4. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?

### **Ситуационная задача 10**

Мальчик 10 лет, поступил в стационар для обследования с жалобами на одышку, постоянный влажный кашель с мокротой преимущественно отхаркивающейся по утрам «полным ртом». *Анамнез заболевания:* впервые перенес пневмонию в 6 лет, длительно лечился в стационаре, однако и после выписки сохранялись кашель и субфебрильная температура. Каждый год отмечались повторные пневмонии, также протекавшие длительно. В периоды улучшения стойко сохранялся влажный кашель с обильной желтой мокротой, больше по утрам. *Анамнез жизни:* ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов. Развивался с отставанием от сверстников. До года дважды перенес гнойный отит с постоянным гноетечением из уха, развитием микробной экземы. С 5 лет страдает рецидивирующим фурункулезом, рецидивирующим гнойным гайморитом. В 7 лет перенес остеомиелит малоберцовой кости слева. *Наследственность:* отец здоров, у матери гипертоническая болезнь, ожирение.

*При осмотре:* состояние тяжелое. Мальчик отстает в физическом развитии (соответствует 8-летнему возрасту), пониженного питания, бледен, под глазами синева, цианоз носогубного треугольника. В области правой ушной раковины и вокруг нее мокнутие. На коже живота и поясничной области многочисленные следы от фурункулов в виде синюшных пятен и рубцов. Отмечается влажный кашель с желтой обильной мокротой. АД 110/60 мм рт.ст. Грудная клетка несколько уплощенная, при дыхании отстает левая половина. Пальцы в виде «барабанных палочек», деформация ногтей по типу «часовых стекол». В покое ЧД 28 в 1 минуту, ЧСС 102 уд/мин. Над легкими при перкуссии звук с коробочным оттенком, слева под углом лопатки и справа в нижних отделах притупление. При аускультации легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, почти исчезающие после откашливания, слева под углом лопатки и справа в нижних отделах стойко выслушиваются крепитирующие хрипы, отмечается оральная крепитация. Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

*ОАК:* Нб 155 г/л, эр.  $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $6,5 \times 10^9$  /л, п/я 4%, с/я 63%, лимф. 26%, эоз. 1%, мон. 6%. СОЭ 17 мм/ч.

*Рентгенография органов грудной клетки:* выраженное затемнение нижнего отдела и медиальной зоны левого легочного поля, деформация сосудистого рисунка в ниже-медиальных отделах справа. Корень легкого справа расширен, слева не дифференцируется. Правый контур сердца и правый купол диафрагмы не прослеживаются.

*Бронхография:* распространенные мешотчатые бронхоэктазы в сегментах нижней доли левого легкого, а также в нижней и средней долях правого легкого.

**Вопросы:**

1. Наиболее вероятный диагноз. Что могло явиться фоном для возникновения бронхолегочного процесса у данного ребенка?
2. План дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. Тактика лечения.
4. Прогноз у данного пациента?

### Ситуационная задача 11

Мальчик 1 год 7 месяцев, поступил в отделение с жалобами матери на отставание ребенка в физическом развитии. Анамнез заболевания: в возрасте 2-х недель были выявлены изменения со стороны сердца в виде грубого систолического шума, по поводу чего ребенок наблюдается у кардиолога по месту жительства.

*Анамнез жизни:* ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С 2-недельного возраста был поставлен диагноз врожденного порока сердца. В весе прибавлял недостаточно, в 1 год весил 8100 г. Самостоятельно не стоит, не ходит.

*При поступлении:* состояние тяжелое. Масса тела 8700г. Выраженное отставание в физическом развитии. Диспропорция туловища – нормально развитый торс и плохо развитая нижняя половина туловища. Кожа обычной окраски. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 60/мин. Грудная клетка несколько деформирована по типу сердечного горба слева от грудины. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 3 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, усиление 2-го тона над аортой. Над областью сердца выслушивается систолический шум, который одинаково хорошо слышен во 2-ом межреберье и на спине. ЧСС 130 уд/мин. Пульс на руках высокий, полный, на ногах не определяется. АД на руках 130/50 мм рт.ст., на ногах определить не удалось. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для подтверждения (верификации) диагноза.
3. Возможные причины развития заболевания.
4. Как в норме соотносится АД на руках и ногах?
5. Тактика ведения.

### Ситуационная задача 12

Дима Р., 3х лет, поступил в стационар с жалобами матери на появление у ребенка одышки и цианоза во время еды.

*Анамнез заболевания:* впервые одышка и цианоз кожи и слизистых оболочек появились в возрасте 6 мес, при кормлении. Затем стали отмечаться гипоксические приступы, частота, продолжительность и тяжесть которых с возрастом нарастали.

Приступы возникают после небольшой физической или эмоциональной нагрузки, иногда в состоянии покоя, купируются в стационаре. В течение последних 3х месяцев приступы участились до 1-2 раз в неделю.

*Анамнез жизни:* ребенок от I беременности. На 8-й нед гестации мать перенесла ОРВИ с высокой температурой. Роды в срок. Масса тела при рождении 3650 г, длина 50 см. Закричал сразу. Грудное вскармливание до 4-х месяцев, затем искусственное. Психомоторное развитие по возрасту. Перенесенные заболевания: дважды ОРВИ (на 2 и 3 гг. жизни). Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

*При осмотре:* состояние ребенка очень тяжелое. Ребенок мечется в постели. Кожа бледная с цианотичным оттенком. Выражен акроцианоз, цианоз губ, слизистых оболочек. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластины в виде «часовых стекол». ЧД 44/мин, дыхание шумное, глубокое. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, 2-й тон над легочной артерией ослаблен. ЧСС 118 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Сознание спутанное, в контакт не вступает.

ОАК: Нб 90 г/л, эр.  $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, лейкоц.  $5,0 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 32%, лимф. 55%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 2 мм/ч.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Неотложная помощь в стационаре: название и дозы препаратов, контроль эффективности проводимой терапии.
5. Тактика дальнейшего ведения ребенка после купирования приступа: сроки хирургической коррекции, медикаментозная терапия, группы используемых препаратов, контроль эффективности.

### **Ситуационная задача13**

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение без направления.

*Из анамнеза* известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан, пошел в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

*При поступлении:* состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю фудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца

умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.  
ОАК: Но — 120 г/л, Эр  $-4,5 \times 10^{12}/л$ , Лейк  $-4,5 \times 10^9/л$ , п/я — 2%, с — 46%, э — 2%, л — 48%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1018, белок — abs, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

#### **Вопросы:**

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?
3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения больного.
6. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

### **Ситуационная задача 14**

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

*Анамнез заболевания:* 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. ЧСС — 100 ударов в мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

ОАК: НЬ — 115 г/л, Эр —  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк  $-10,0 \times 10^9/л$ , п/я — 4%, с — 54%, э — 3%, л — 36%, м — 3%, СОЭ — 35 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1015, белок — следы, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

#### **Вопросы:**

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какие морфологические и лабораторные изменения являются маркерами (маркером) ревматизма?

### **Ситуационная задача 15**

Ребенок, 2 года. Впервые на приеме у педиатра (семья беженцев, приехали из зоны военных действий). Жалобы на появление приступов одышки и усиление цианоза при физической и эмоциональной нагрузке.

*Анамнез заболевания:* впервые одышку и цианоз кожи и слизистых оболочек заметили в возрасте 1 мес, при кормлении. К врачам не обращались, лечения ребенок не получал.

*Анамнез жизни:* ребенок от I беременности. На 7-й нед гестации мать перенесла ОРВИ с высокой температурой. Роды в срок. Масса тела при рождении 3650 г, длина 50 см. Закричал сразу. Грудное вскармливание до 6-ти месяцев, затем введен прикорм. Психомоторное развитие несколько отстает от сверстников. Перенесенные заболевания: дважды ОРВИ (на 2 и 3 гг. жизни). Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При осмотре: обращает на себя внимание диффузный цианоз «чернильного оттенка». Ребенок физически развит по возрасту. Интеллект не страдает. Правильного телосложения. Помимо диффузного цианоза кожных покровов и видимых слизистых, отмечается изменение формы ногтей в виде «часовых стекол» и концевых фаланг в виде «барабанных палочек». Дыхание везикулярное. Влажного кашля нет и практически никогда не было. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости перкуторно – не расширены. Тоны громкие. Выслушивается интенсивный систолический шум вдоль левого края грудины. Печень и селезенка не увеличены. ЭКГ: признаки увеличения правого желудочка.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план обследования. Какие результаты наиболее вероятны при данной патологии?
3. Какова тактика ведения данного пациента?

### **Ситуационная задача 16**

Мальчик 10 месяцев, поступил в стационар для обследования с целью уточнения топика врожденного порока сердца.

Мальчик от женщины с неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом: 1-я беременность – девочка 12 лет, здорова; 2-я беременность – м/а; 3-я беременность сопровождалась плохим самочувствием, подъемом температуры, увеличением лимфатических узлов и закончилась искусственными родами мертвым плодом на сроке 32 нед гестации. Обследование после родов выявило у женщины токсоплазмоз, по поводу чего было проведено специфическое лечение с положительным эффектом. Настоящая 4-я беременность наступила через 3 года после завершения терапии, протекала с угрозой прерывания. Роды на 38 нед гестации, самостоятельные. Масса тела при рождении 4100 г, длина 53 см.

*Анамнез заболевания:* с рождения у ребенка выслушан систолический шум над областью сердца, и после обследования выставлен диагноз: врожденный порок сердца. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес пневмонию. Поступил в стационар для обследования, уточнения диагноза и лечения. При поступлении: состояние тяжелое. Вес 7500 г. Кожа бледная, влажная, цианоз носогубного треугольника, на щеках и ягодицах – проявления атопического дерматита. Незначительная пастозность голеней. Перкуторный звук с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 54 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передне-аксиллярной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – 2 ребро. ЧСС 128 уд/мин. Над всей областью сердца с большой зоной проведения выслушивается грубый систолический шум. Над брюшной областью прослеживается разветвленная венозная сеть. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Печень +4,5 см

из-под края реберной дуги. Селезенка +1,5 см из-под реберного края. Стул и диурез не нарушены. Патологии со стороны глаз, ушей нет. Очаговой, менингеальной симптоматики не выявляется.

*ОАК:* Нб 134 г/л, эр.  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $10,5 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 45%, лимф. 42%, эоз. 2%, мон 9%. СОЭ 28 мм/ч.

*ДЭХОКГ* (заключение): перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки размером 6 мм, врожденная недостаточность митрального клапана с регургитацией 2+. Градиент ЛЖ/ПЖ – 36 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз, согласно классификации.
2. Оцените степень выраженности недостаточности кровообращения.
3. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
4. О каких осложнениях ВПС можно думать в данном случае.
5. Какова тактика ведения данного пациента?

### Ситуационная задача 17

Мальчик 4,5 месяцев доставлен в клинику машиной «скорой помощи» с жалобами на беспокойство, кашель с пенистой мокротой, выраженную одышку.

Ухудшение состояния ребёнка наступило после очередного кормления грудью. Со слов мамы, во время кормлений мальчик всегда быстро уставал, сосал грудь с перерывами. В 4 месяца после проведения комплексного обследования у ребёнка диагностирован врожденный порок сердца.

*Анамнез жизни:* ребенок от I беременности, протекавшей на фоне гриппа с высокой лихорадкой на 6-й неделе гестации, мать принимала парацетамол. Роды срочные, самостоятельные, закричал сразу. ВПР – 2800, РПР – 51 см. На грудном вскармливании. Прививки получены согласно календарю.

*При осмотре:* состояние ребенка крайне тяжелое, ребенок беспокоен. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Периферические отёки не определяются. Отмечается влажный кашель с отхождением пенистой мокроты. Частота дыхания 72 в минуту. Дыхание – с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание ослаблено по всем лёгочным полям. Выслушиваются обильные рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы, преимущественно в задне-нижних отделах лёгких. Пульс слабого наполнения. ЧСС 178 ударов в минуту. Тоны сердца глухие. Над всей областью сердца определяется грубый машинный систоло-диастолический шум. Живот мягкий, доступен пальпации, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул – жёлтый, кашицеобразный, с небольшим количеством непереваренных комочков.

*На рентгенограмме* - снижение прозрачности легочных полей, КТИ 60%.

*ЭКГ:* синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС, признаки гипертрофии левого желудочка, нарушение процессов реполяризации.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите эпицентр выслушивания систоло-диастолического шума при данном заболевании.
3. Какова вероятная причина развития данного заболевания?
4. Назначьте методы дополнительного обследования для верификации диагноза.
5. Принципы терапии.

### Ситуационная задача 18

Мальчик 13 лет, рос и развивался нормально, болел редко, до настоящего заболевания изменений со стороны сердца не определялось.

Настоящее заболевание началось через 4 недели после перенесенной ангины с повышением температуры до  $38,7^{\circ}\text{C}$ , жалоб на боли и отечность коленных суставов, боли в области сердца, усталость, в связи с чем был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое, отечность и болезненность при движении в коленных суставах. Бледен, пульсация шейных сосудов, верхушечный толчок смещен влево на 1,5-2 см влево от левой средне-ключичной линии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя - II межреберье, левая - на 2 см влево от средне-ключичной линии. Тоны сердца значительно приглушены, на верхушке продолжительный, с дующим оттенком систолический шум, проводящийся влево и усиливающийся после нагрузки, там же - короткий мезодиастолический шум, в V точке слышимый диастолический шум, тахикардия до 124 в минуту, АД - 115/50 мм рт. ст. Пальпируется печень на 2 см из-под края реберной дуги.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, отчетливое нарушение процессов реполяризации левого желудочка.

**Рентгенография грудной клетки:** легочные поля прозрачные, легочный рисунок не изменен. Сердце митральной конфигурации, расширено в поперечнике, больше влево.

**ЭхоКГ** – увеличение конечнодиастолического и конечносистолического диаметров левого желудочка и левого предсердия, увеличена амплитуда движения створок митрального и аортального клапана, утолщение и неровность контуров этих клапанов, митральная и аортальная регургитация 2 степени, фракция выброса 54%.

**ОАК:** Нв - 100 г/л, Эр -  $3,8 \times 10^{12}$  /л, Лейк. -  $8,9 \times 10^9$  /л, СОЭ – 45 мм/час.

#### **Задание**

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Клиническая характеристика поражения сердца. Эстракардиальные проявления болезни.
4. Принципы лечения данного заболевания. Составьте план лечения данного больного.

#### **Ситуационная задача19**

Алия У. 10 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость, болезненность и припухлость обоих коленных суставов. Две недели тому назад девочка перенесла острый гнойный тонзиллофарингит. В амбулаторных условиях был назначен бактрим на 5 дней, проводились полоскания горла отварами трав. Через 10 дней самочувствие ребенка нормализовалось, девочка стала посещать школу. Последнюю неделю мама отмечала повышенную утомляемость ребенка, появились жалобы на умеренно выраженные, летучие боли в крупных и средних суставах рук и ног. Вчера вечером повысилась температура тела, и появились припухлость, боли в левом коленном суставе, утром - отечность и боли в правом коленном суставе.

*При осмотре* состояние девочки тяжелое. Температура тела  $38,8^{\circ}\text{C}$ . Положение вынужденное, кожные покровы бледные. Коленные суставы отечные, активные движения в них болезненные, над суставами отмечается местная гипертермия. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные до 2 степени. Частота дыхания 25 в минуту, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 124 ударов в минуту, границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии, тоны сердца - глухие, на верхушке и в 5 стандартной точке выслушивается «дующий» систолический шум средней интенсивности. Шум лучше выслушивается в положении больной на левом боку, проводится в левую аксиллярную

область и под лопатку слева. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Ребенок мочится свободно, диурез - 1000 мл/сутки. Стул оформлен. В общем анализе крови: эр. -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , НВ - 121 г/л, лейкоциты -  $15,4 \times 10^9/л$ , п/я- 4%, с-72 %, л-18%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.

В биохимическом анализе крови: СРБ 16 мг/л, общий белок 62 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%, антистрептолизин О – 800 МЕ.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС не отклонена, замедление атриовентрикулярной проводимости, нарушения процессов реполяризации.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Обозначьте основные моменты диетотерапии при данном заболевании.
3. Назначьте лечение.
4. Вторичная профилактика при данном заболевании.

**Ситуационная задача 20**

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура  $-37,2-37,5^{\circ}C$  в течение 2 дней. С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать «ходить ножками». Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НВ — 100 г/л, лейкоциты —  $6,4 \times 10^9/л$ , п/я -2%, с — 43%, э — 1%, б — 1%, м — 3%, л — 40%, СОЭ — 11 мм рт.ст. С диагнозом: «Железodefицитная анемия» ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует, Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях — отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах — влажные хрипы. ЧД — 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС — 160 ударов в мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Какова этиология заболевания?
2. Каков генез абдоминального синдрома на фоне ОРВИ? Каков генез абдоминального синдрома на фоне настоящего заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. План лечения.

**9 Семестр**

**Ситуационная задача 1**

Девочка, возраст 10 лет, жалуется на слабость, повышенную утомляемость, потливость, тошноту, головные боли, периодически возникающий субфебрилитет, боли в правом подреберье. Боли в животе чаще всего связаны с приемом холодной, жирной, острой или жареной пищи. Боли носят тупой, ноющий характер, продолжаются в течение 2-3 часов, затем обычно проходят самостоятельно. Периодически по утрам, до завтрака,

отмечается тошнота. Аппетит снижен. Больной девочка считает себя в течение последних двух лет, за медицинской помощью не обращалась. Бабушка девочки страдает желчекаменной болезнью.

При осмотре отмечается бледность кожи, краевая субиктеричность склер, телеангиоэктазии на тыле кистей и лице. Температура тела 37,5 °С. При пальпации живота выявляется выраженная болезненность в проекции желчного пузыря. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, положительны симптомы Кера, Мюсси-Георгиевского, Грекова-Ортнера, Мерфи. Стул и моча обычной окраски.

*ОАК:* эр. –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; Нв-122 г/л; L -  $11,5 \times 10^9/л$ ; СОЭ 22 мм/ч.

*В биохимическом анализе крови:* общий белок – 70 г/л, тимоловая проба 2 ЕД, общий билирубин – 23 мкмоль/л, прямой билирубин – 6 мкмоль/л АЛТ-33 ед/л, АСТ-30 ед/л, щелочная фосфатаза – 435 ед/л, общий холестерин 5,2 ммоль/л, СРБ – 10 мг/л.

*УЗИ:* печень однородная, имеет ровные контуры, обычную топоку и нормальные размеры; желчный пузырь обычной топоки, изогнутой конфигурации, увеличен в объеме, стенки желчного пузыря – уплотнены, их толщина 4,5 мм, содержимое – анэхогенное, после дачи желчегонного завтрака объем желчного пузыря уменьшился меньше, чем на треть.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Выделите из числа приведенных в задаче лабораторных данных показатели, подтверждающие инфекционно-воспалительную природу заболевания.
3. Назначьте лечение.

#### **Ситуационная задача2**

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована. У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца — гастрит, у бабушки по линии матери — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнезы без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительн в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо — Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

*ОАК:* НБ — 128 г/л, Ц.п. — 0,91, Эр  $-4,2 \times 10^{12}/л$ ; Лейк —  $7,2 \times 10^9/л$ ; п/я — 3%, с/я — 51 %, э — 3%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 6 мм/час.

*ОАМ:* цвет светло-желтый, прозрачный; рН — 6,0; плотность — 1017; белок — нет; сахар — нет; эп. кл. — 1—2—3 в п/з; лейкоциты — 2-3 в п/з.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 72 г/л, АлАТ — 19 Ед/л, АсАТ — 24 Ед/л, ЩФ — 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза — 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 4 ед, билирубин — 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум — очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

*Дыхательный уреазный тест:* положительный.

*Биопсийный тест на НР-инфекцию:* положительный (++).

#### **Вопросы:**

1. Клинический диагноз и его обоснование.

2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить девочке? Обоснуйте, почему.
5. Предложите схему лечения данному ребенку

### Ситуационная задача3

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений — отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет — больна гастритом; отец 38 лет — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) — язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС — 116 ударов в мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД — 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорородуоденальной области. Печень +0 +0 +в/3, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Де-жардена и Мейо — Робсона.

#### **Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии**

*ОАК:* Эр —  $2,8 \times 10^{12}/л$ ; НЬ — 72 г/л; Ц.п. — 0,77; ретикулоциты — 50%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит — 29 об%; Лейк —  $8,7 \times 10^9/л$ ; п/я — 6%, с/я — 50%, э — 2%, л — 34%, м — 8%; СОЭ — 12 мм/час; тромбоциты —  $390 \times 10^9/л$ ; время кровотечения по Дюку — 60 сек; время свертывания по Бюркеру: начало — 2,5 минуты, конец — 5 минут.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: а, — 6%, а<sub>2</sub> — 10%, р — 13%, у — 16%, АсАТ — 34 Ед/л, АлАТ, — 29 Ед/л, ЩФ — 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин — 16 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л; тимоловая проба — 3 ед; амилаза — 68 Ед/л (норма 10-120), железо — 7 мкмоль/л.

*Кал на скрытую кровь:* реакция Грегерсена положительная (+++).

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Предложите дополнительные методы исследования для верификации диагноза.
4. Требовал ли этот больной проведения экстренных диагностических мероприятий и каких?
5. Тактика лечения

### Ситуационная задача4

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако

лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) — калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины — единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

ОАК: НЬ — 140 г/л, Ц.п. — 0,93, Эр —  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; Лейк  $-9,5 \times 10^9/л$ ; п/я-2%, с/я-64%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ- 15 мм/час.

ОАМ: цвет светло-желтый, прозрачная; рН — 5,5; плотность — 1020; белок — нет; сахар — нет; эп. пл. — небольшое количество, Л — 0-1 в п/з, Эр — 0; слизь — немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 80 г/л, АлАТ — 40 Ед/л, АсАТ — 40 Ед/л, ЩФ — 158 Ед/л (норма 70-140), амилаза — 93 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 4 ед, билирубин — 18 мкмоль/л, из них связ. — 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень — контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите этиологию данного заболевания.
4. Назовите дополнительные методы исследования.
5. Назначьте лечебное питание.
6. Назначьте лечение.

#### **Ситуационная задача 5**

Мальчик 12 лет, госпитализирован с жалобами на боли в животе, отрыжку, которые появились 4 дня назад на фоне погрешностей в диете.

Из анамнеза: с рождения плохо прибавлял в весе, с раннего возраста – жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи, отрыжку, стул со склонностью к запорам.

При осмотре: язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации болезненный в пилородуоденальной зоне, параумбиликальной и правой подвздошной областях, там же определяется мышечная защита. Сигма спазмирована. Печень на 1,0 см ниже реберного края, край безболезненный, эластичный. Селезенка не пальпируется.

Данные обследования:

1. Уровень амилазы в сыворотке крови: амилаза 287 ЕД/л.
2. Показатели активности  $\alpha$ -амилазы: 1011 – 945 – 675 – 486 ЕД/л (N до 447).
3. Амилаза панкреатическая: 135 МЕ/л (N до 65).
4. Копрология: мышечные волокна без исчерченности – единичные; жирные кислоты, растительная клетчатка перевариваемая, крахмал, иодофильная флора – мало.
5. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, структура однородная, нормозоногенная. Сосуды и желчные протоки не изменены. Желчный пузырь в типичном

месте, стенки уплотнены, в полости – осадок. Поджелудочная железа увеличена, отечна в области хвоста. Головка – 10,7 мм, тело – 6,8 мм (меньше физиологической нормы), хвост – 15,7 мм. Контуры четкие, ровные, структура неоднородная, эхогенность снижена в области хвоста.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования для установления (верификации) диагноза.
3. План лечения.
4. Особенности диетотерапии при данном заболевании.
5. Возможные осложнения и прогноз заболевания.

**Ситуационная задача 6**

Девочка 8 лет, поступила с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания: девочку периодически беспокоят боли в животе, на этом фоне часто повышается температура тела, иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

Анамнез жизни: ребенок от 1 физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожа бледная, чистая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 88 уд/мин. Живот 41 мягкий, безболезненный. Область почек не изменена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно.

*ОАК:* Нб 114 г/л, эр.  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $18,5 \times 10^9$ /л, п/я 10%, с/я 70%, лимф. 12%, мон. 8%. СОЭ 30 мм/ч.

*ОАМ:* реакция щелочная, белок 0,06%, лейкоц. сплошь покрывают все п/зр., эр. 0-1 в п/зр., бактерии – много.

*УЗИ почек:* почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно- лоханочная система значительно расширена с обеих сторон, больше слева. Заключение: Подозрение на удвоение левой почки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Необходимый объем обследования для уточнения и верификации диагноза.
3. Какие функции органов мочевой системы можно оценить с помощью цистографии? Необходимо ли проведение цистографии этому ребенку? Какие результаты можно ожидать в данном случае?
4. Нужна ли консультация каких-либо других специалистов при данной патологии?
5. Назовите основные принципы лечения больных с подобной патологией, основные используемые лекарственные средства, длительность проведения и контроль эффективности проводимой терапии.

**Ситуационная задача 7**

Девочка 12 лет, поступила в стационар с жалобами на боли поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания.

Анамнез заболевания: заболела остро после переохлаждения (накануне долго каталась на коньках в легком спортивном костюме), когда появились боли в поясничной области и внизу живота, частые болезненные мочеиспускания. Температура тела повысилась до 40°C. Появилась выраженная слабость, была однократная рвота.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в I половине. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей, профилактические прививки по возрасту. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде крапивницы. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит.

При осмотре: состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, отмечалась повторная рвота. Кожа бледная, синева под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 104 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью. Область почек визуально не изменена. Положительный симптом поколачивания с обеих сторон. Мочеиспускания частые, болезненные, малыми порциями. Стул в норме.

*ОАК:* Hb 110 г/л, эр.  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $23,8 \times 10^9$  /л, п/я 12%, с/я 68%, эоз. 2%, лимф. 13%, мон. 5%. СОЭ 45 мм/ч.

*ОАМ:* удельный вес 1014, реакция щелочная, белок 0,09%, лейкоц. 100-150 в п/зр., эр. 0-1 в п/зр.

*Анализ мочи по Нечипоренко:* лейкоц. – 30 000, эр. – 800.

*Посев мочи:* получен рост E.coli – 200\*000 микробных тел/мл, чувствительной к пенициллину, оксациллину, цефамизину, гентамицину, фурагину.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Наметьте план обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Какие методы обследования наиболее информативны при данном заболевании?
4. Что способствовало возникновению заболевания? Что следует уточнить в дополнительном анамнезе?
5. Тактика лечения.
6. Прогноз заболевания. Возможные исходы.

### **Ситуационная задача 8**

Девочка 4-х лет поступила в отделение с жалобами на отеки.

Анамнез заболевания: после перенесенной 3 недели назад острой респираторной инфекции (ОРИ) у ребенка появились отеки на лице, редкие мочеиспускания. Участковым врачом был поставлен диагноз: Отек Квинке. Был назначен супрастин. Несмотря на проводимую терапию, отеки нарастали, появились слабость и выраженная бледность кожи. Девочка направлена на госпитализацию для обследования и лечения.

Анамнез жизни: ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Физическое и психомоторное развитие без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу. Начиная со 2-го года жизни, отмечаются частые ОРВИ – до 6-8 эпизодов в год.

Аллергологический анамнез: атопический дерматит до 3х лет, затем – период клинико-лабораторной ремиссии.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа чистая, бледная. Выраженная отечность лица, голени, стоп, передней брюшной стенки, асцит. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги. Мочится редко. Выделила за сутки 180 мл мочи.

*ОАК:* Hb 127 г/л, эр.  $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $10,2 \times 10^9$  /л, п/я 1%, с/я 46%, лимф. 43%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 50 мм/ч.

*ОАМ:* белок 8,0%, лейкоц. 2-3 в п/зр., эр. – отсутствуют.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Наметьте план дальнейшего обследования для уточнения и верификации диагноза.
4. Каковы принципы диетотерапии при данном заболевании?
5. Лечение: основные направления терапии, лекарственные средства, их точка приложения, длительность лечения.

### Ситуационная задача 9

Мальчик 10 лет, поступил в отделение с жалобами на сильную головную боль, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: ребенок заболел через две недели после перенесенной ангины. Появились недомогание, жалобы на головную боль. Стал реже мочиться. Моча цвета «мясных помоев». В классе зарегистрированы случаи заболевания скарлатиной.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с повышением АД и отечным синдромом в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ, ангины – 1-2 раза в год.

При осмотре: состояние тяжелое. Резкая бледность лица. Отеки на лице, туловище, конечностях. Пластинчатое шелушение кончиков пальцев, ладоней и стоп. Зев бледно-розовый, миндалины гипертрофированы до 2-3 ст., рыхлые, с широкими лакунами. Тонзиллярные лимфатические узлы размером 2×1 см, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией, усиление II тона над аортой. ЧСС 78 уд/мин. АД 190/120 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Моча при осмотре красно-бурого цвета, мутная.

*ОАК:* Нб 140 г/л, эр.  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $12,5 \times 10^9$ /л, п/я 10%, с/я 60%, лимф. 22%, мон. 8%. СОЭ 30 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* белок 62 г/л, холестерин 3,1 ммоль/л, мочевины 18,0 ммоль/л, креатинин 190 ммоль/л, СРБ ++, калий 5,8 ммоль/л, кальций 2,5 ммоль/л.

*ОАМ:* уд. вес 1016, белок 1,5%, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. – сплошь покрывают все п/зр.

*УЗИ почек:* почки увеличены в размерах, дифференцировка слоев нарушена, неравномерное повышение эхогенности паренхимы.

#### Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Осложнением какого заболевания явилось данное заболевание?
3. Нуждается ли ребенок на момент осмотра в неотложной терапии? Если да, наметьте план неотложных терапевтических мероприятий.
4. Показано ли в данном случае назначение гормональной терапии?
5. Ваша тактика дальнейшего ведения данного ребенка, включая диетотерапию.

### Ситуационная задача 10

Девочка 7 лет, поступила в отделение с жалобами на отеки, головную боль.

Анамнез заболевания: заболела вскоре после перенесенного ОРВИ. Появились отеки на лице, которые нарастали с каждым днем. В анализе мочи, сделанном в поликлинике, отмечались протеинурия и эритроцитурия, что явилось поводом к госпитализации.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности (1 – м/а на сроке 8 нед гестации), роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Перенесенные инфекционные заболевания: ветряная оспа, эпидемический паротит. Часто болеет ОРВИ.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледная. Зев розовый, миндалины гипертрофированы, рыхлые. Выражена отечность лица, голеней, стоп, поясничной области, передней брюшной стенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 140/90 мм рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. За сутки выделила 200,0 мл мочи.

*ОАК:* Нб 130 г/л, эр.  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $9,8 \times 10^9$ /л, п/я 8%, с/я 43%, эоз. 6%, лимф. 34%, мон. 9%. СОЭ 40 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* белок 42 г/л, альбумины 20 г/л, холестерин 10,9 ммоль/л, мочевины 6,1 ммоль/л, креатинин 76 ммоль/л, СРБ ++, калий 4,81 ммоль/л, натрий 137,5 ммоль/л.

*ОАМ:* уд. вес 1016, белок 6,0‰, лейкоц. 0-1 в п/зр., эр. 70-80 в п/зр.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените функциональное состояние почек на основании приведенных результатов обследования.
3. Наметьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Какова диета при данном заболевании и как длительно нужно её придерживаться?
6. Каков стандарт терапии при данной патологии: основные группы лекарственных средств, длительность их приема, контроль эффективности проводимого лечения.

### Ситуационная задача 11

Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на отеки и урежение мочеиспусканий.

Анамнез заболевания: в 3 года, после перенесенной острой респираторной инфекции (ОРИ), у девочки впервые появились отеки на лице, конечностях, туловище; было отмечено снижение диуреза, в связи с чем была госпитализирована. Получала лечение преднизолоном. В течение последующих 5 лет девочка неоднократно находилась на стационарном лечении по поводу обострений заболевания на фоне отмены преднизолона. В настоящее время поступила в связи с ухудшением состояния после перенесенной ОРИ.

Анамнез жизни: девочка от молодых здоровых родителей. Раннее развитие без особенностей. На первом году жизни отмечались легкие проявления атопического дерматита. Профилактические прививки до 3-х лет по графику, затем – медицинский отвод. Часто болела респираторными заболеваниями, детскими инфекциями не болела.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледная, выражены отеки на лице, туловище, конечностях, асцит. Лицо «лунообразное», чрезмерное отложение жира на груди и животе при тонких конечностях, «климактерический бугорок», стрии на животе и бедрах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 34 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС 130 уд/мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот резко увеличен в объеме, свободная жидкость в брюшной полости. Печень +4 см из-под края реберной дуги. Диурез 430 мл/сут.

*ОАК:* Нб 110 г/л, лейкоц.  $13 \times 10^9$ /л, п/я 5%, с/я 53%, эоз. 2%, лимф. 38%, мон. 2%. СОЭ 40 мм/ч.

*ОАМ:* белок 6,5‰, лейкоц. 3-5 в п/зр., цилиндры: гиалиновые 5-6 в п/зр., зернистые 3-4 в п/зр., эр. – отсутствуют.

*Биохимический анализ крови:* белок 32 г/л, мочевины 6,5 ммоль/л, креатинин 60,2 ммоль/л, СРБ ++, калий 4,5 ммоль/л, кальций ионизированный 1,1 ммоль/л, холестерин 12,0 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Можно ли на основании приведенных данных поставить полный клинический диагноз?
2. Необходимы ли дополнительные исследования для уточнения функции почек?
3. Какие осложнения глюкокортикоидной терапии обнаружены у больного, и можно ли было их избежать?
4. Обоснуйте тактику дальнейшего ведения пациента: стандарт лечения при неэффективности гормональной терапии (название препаратов, длительность курсов, контроль эффективности).
5. Этапы диспансерного наблюдения. Исходы. Прогноз.

### Ситуационная задача 12

Мальчик 10 лет, госпитализирован с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: болен с 6 лет. Заболевание возникло через две недели после перенесенной скарлатины, когда появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, повышение артериального давления. Лечился в стационаре. После выписки из стационара нефрологом не наблюдался. Анализы мочи делали очень редко, хотя в них постоянно фиксировались изменения. Часто жаловался на головную боль.

Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, скарлатина, ОРВИ 3-4 раза в год. Профилактические прививки по графику до 6 лет. С 6 лет медицинский отвод.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки на лице, голенях, передней брюшной стенке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. ЧСС 90 уд/мин. АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Диурез 200 мл/сут.

*ОАК:* Нб 96 г/л, лейкоц.  $7,8 \times 10^9$  /л, п/я 5%, с/я 68%, эоз. 1%, лимф. 20%, мон. 6%. СОЭ 40 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* белок 50 г/л, альбумины 30,1 г/л, глобулины:  $\alpha_1$  6%,  $\alpha_2$  48%,  $\beta$  14%,  $\gamma$  14%, холестерин 12,8 ммоль/л, мочевины 10,4 ммоль/л, креатинин 270 ммоль/л, калий 6,23 ммоль/л, натрий 144 ммоль/л, кальций общий 1,7 ммоль/л, фосфор 2,6 ммоль/л.

*ОАМ:* реакция щелочная, отн. плотн. 1012, белок 3,3‰, лейкоц. 6-7 в п/зр., эр. (измененные и неизмененные) – 70-80 в п/зр.

*Проба по Зимницкому:* дневной диурез – 200,0 мл, ночной диурез – 300,0 мл, удельный вес мочи 1002-1012.

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз, согласно классификации. Дайте обоснование диагнозу.
2. Дополнительные исследования для уточнения функций почек.
3. Дифференциальный диагноз с другими формами данного заболевания.
4. Изменился бы характер течения болезни, если бы ребенок наблюдался у нефролога после выписки из стационара?
5. Стандарт лечения: основные группы препаратов, длительность курсов, контроль эффективности терапии.
6. Основные этапы диспансерного наблюдения и реабилитации. Исходы. Прогноз.

### Ситуационная задача 13

Мальчик 7 лет, поступил в стационар с жалобами на головную боль, ночной энурез.

Анамнез заболевания: ребенок страдает ночным энурезом. По этому поводу не обследовался и не лечился. В последнее время мама обратила внимание на дневное недержание мочи. Мальчик стал жаловаться на головную боль, быстро уставать, снизился аппетит.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с нефропатией в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Прививки по графику. Респираторными заболеваниями болеет редко.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледно-серого цвета. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 уд/мин. АД 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светлая, прозрачная.

*Биохимический анализ крови:* белок 66,0 г/л, холестерин 4,4 ммоль/л, мочевины 20,1 ммоль/л, креатинин 340 ммоль/л.

*ОАМ:* отн. плотн. 1008, белок отсутствует, лейкоциты 0-1 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

*Проба по Зимницкому:* отн. плотн. 1000 – 1008, дневной диурез 550,0 мл, ночной диурез 180,0 мл.

*УЗИ почек:* обе почки увеличены в размерах, паренхима истончена до 2 – 3 мм. Отмечена выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План дальнейшего обследования для подтверждения диагноза и установления функции почек.
3. Каков патогенез гипертензионного синдрома у данного больного?
4. Лечение: основные группы лекарственных средств и их дозировка, длительность курсов, контроль эффективности терапии.
5. Прогноз и возможные исходы болезни.

#### **Ситуационная задача 14**

Девочка 8 лет, поступила для обследования в связи с изменениями в анализах мочи.

Анамнез заболевания: месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Проводилось симптоматическое лечение. Через две недели после заболевания в повторных анализах мочи выявлены изменения в виде эритроцитурии и микропротеинурии.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. С 2х месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит; пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад; лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи.

При осмотре: жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Отеков, пастозности нет. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*ОАК:* Hb 132 г/л, эритроциты  $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $7,3 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 49%, лимфоциты 38%, эозиноциты 2%, моноциты 8%. СОЭ 5 мм/ч.

*ОАМ:* отн. плотн. 1018, белок 0,9‰, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты измененные 30-40 в п/зр., зернистые цилиндры 5-10 в п/зр.

*Анализ мочи по Нечипоренко:* лейкоциты – 1500, эритроциты – 20'000, цилиндры – 2000.

*УЗИ почек:* почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система в пределах нормы.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз, согласно классификации.
2. План дальнейшего обследования для подтверждения диагноза.
3. О чем свидетельствуют «измененные эритроциты»?
4. Дифференциальный диагноз с другими формами данного заболевания.
5. Назначьте лечение: основные группы лекарственных средств, дозировка, длительность курсов, контроль эффективности.
6. Особенности диеты при данном заболевании.

### Ситуационная задача 15

Больная, 7 месяцев, поступила в детское отделение с жалобами со слов мамы на вялость, снижение аппетита, бледность, однократную рвоту, высокую температуру тела (38-38,5°C), беспокойство при мочеиспускании в течении 3-х дней. Амбулаторно лечилась жаропонижающими препаратами и бисептолом по 120 mg 2 раза в день. Состояние не улучшилось. Направлена в стационар.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от I беременности, протекавшей на фоне гестоза I половины, анемии легкой степени, ОРВИ и угрозы прерывания в первой половине беременности. В период новорожденности ребенок перенес пневмонию, гнойный конъюнктивит. С трех месяцев находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями. Наследственность отягощена: у мамы ребенка хронический пиелонефрит, у бабушки со стороны матери мочекаменная болезнь.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести, масса тела 8 кг, выражена бледность кожных покровов, умеренная пастозность век, снижение тургора тканей. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 160 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, ЧД 35 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул кашицеобразный до 2-3 раз в сутки, моча мутная.

*ОАК:* эр.  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , НВ 101 г/л, ц.п-0,78, лейкоциты –  $14,0 \cdot 10^9/л$ , п – 4%, с – 51%, л – 37%, м – 8%; СОЭ – 35 мм/ч.

*ОАМ:* удельный вес 1004, белок 0,165%, лейкоциты 10-15 в поле зрения, плоский эпителий 4-6 в поле зрения, бактерии +, соли оксалаты ++.

#### Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение.

### Ситуационная задача 16

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C, появились боли в горле. Участковый педиатр поставил диагноз лакунарной ангины, назначил оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении — состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-свищная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

*ОАК:* НВ — 110 г/л, Эр —  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Ц.п. — 0,9. Тромб —  $435 \cdot 10^9/л$ , Лейк —  $10,5 \cdot 10^9/л$ , юные — 1%, п/я — 5%, с — 57%, э -2%, л -28%, м — 7%, СОЭ — 25 мм/час.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 71 г/л, мочевины — 3,7 ммоль/л, креатинин — 47 ммоль/л, билирубин общий — 20,2 мкмоль/л, АСТ-25Ед, АЛТ-20Ед.

*ОАМ:* цвет — соломенно-желтый, относительная плотность — 1012, белок отсутствует, эпителий — 0-1 в п/з, лейкоциты -2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

### Вопросы:

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания у больного.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании.
5. Составьте план лечения больного.

### Ситуационная задача 17

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения, в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий наощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

ОАК: НБ — 100 г/л, Эр —  $3,0 \times 10^{12}/л$ , Ретик — 3%, Тромб —  $300 \times 10^9/л$ , Лейк —  $8,3 \times 10^9/л$ , п/я — 3%, с — 63%, э — 3%, л — 22%, м -9%, СОЭ-12мм/час.

Длительность кровотечения по Дьюку — 2 мин 30 сек.

Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

### Вопросы:

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при данной патологии?
4. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
5. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
6. Назначьте лечение больному.

### Ситуационная задача 18

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик ; стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до  $39,3^{\circ}C$ , увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до  $200 \times 10^9/л$ , мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий,

безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

*ОАК:* НЬ — 86 г/л, Эр —  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Тромб — единичные, Лейк —  $208 \times 10^9/л$ , бласты — 76%, п/я — 1%, с — 4%, л — 19%, СОЭ — 64 мм/час.

*Миелограмма:* костный мозг гиперплазирован, бласты — 96%, нейтрофильный росток — 3%, эритроидный росток — 1%, мегакарициты — не найдены.

*Цитохимическое исследование костного мозга:* ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

*Иммунологическое исследование костного мозга:* выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

*Исследование ликвора:* цитоз — 200/3, белок — 960 ммоль/л, реакция Панди -+++ , бласты — 100%.

#### **Задание к задаче по педиатрии**

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
3. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?

### **10 Семестр**

#### **Задача 1**

Ребенок М., мальчик, возраст 3 дня жизни, доставлен в отделение реанимации. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности. У матери во время беременности диагностирован бактериальный вагиноз. В 34 недели беременности отмечалось обострение хронического тонзиллита. Ребенок родился в срок с массой тела 2900 г. Околоплодные воды зеленые, с неприятным запахом. Плацента увеличена в размерах, с наличием кальцификатов, признаками плацентита и дефектом тканей. Назначена антибактериальная терапия.

Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в отделение реанимации.

При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы бледные, с грязновато-желтушным оттенком, акроцианоз. Пупочная ранка влажная, с сукровичным отделяемым, пальпируются пупочные сосуды. Живот вздут, на гиперемированной коже передней брюшной стенки выражена венозная сеть. Внизу живота - пастозность. Вследствие резкого вздутия живота край печени пальпируется с трудом на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Стул скудный, зловонный с зеленью и прожилками крови.

В анализе крови - Нв 160 г/л, эритроциты  $-4,6 \times 10^{12}/л$ , ЦП -0,97, лейкоциты  $-28 \times 10^9/л$ , п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м- 6%, СОЭ -7 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Назовите причины заболевания.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования потребуются.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Каковы принципы этиологической терапии в данном случае.
6. Обоснуйте патогенетическую терапию.

#### **Задача 2**

Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза

известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность - срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала со рвотой беременных в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут, безводный период 2 часа. При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 гр. оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8 С. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар.

При осмотре ребенок возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы вялые, размером 5-10 мм, с венчиком гиперемии вокруг, легко снимаются. Температура тела 38<sup>0</sup>С.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - 4,6x 10<sup>12</sup>/л, ЦП -0,97, лейкоциты -26x 10<sup>9</sup>/л, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Каковы причины заболевания ребенка.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Обоснуйте принципы терапии.
6. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании.

#### **Задача 3**

Сразу после патологических родов, при обследовании новорожденного ребенка установлено:

- 1) дыхание редкое, затрудненное, аритмичное;
- 2) сердцебиение 95 уд. в 1 мин, тоны приглушены;
- 3) мышечный тонус резко снижен;
- 4) физиологические рефлексы не вызываются;
- 5) цианоз кожных покровов;

Через 5 минут после родов состояние ребенка остается прежним.

#### **Вопросы:**

1. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар.
2. Поставьте диагноз.
3. План лечения.

#### **Задача 4**

У ребенка в период новорожденности развился омфалит. Мама проводила местное лечение сама. Но ребенок стал вялым, плохо кушает, срыгивает, стул неустойчивый, со склонностью к диарее, в весе не прибавляет, кожа бледно-сероватого оттенка, гнойничковая сыпь на теле. Обратились к врачу в 1 мес., в связи с повышением температуры до 38<sup>0</sup>С в течение 4 дней, появления отечности и покраснения кожи в области правого бедра, беспокойства и плача при обследовании этой конечности.

В общем анализе крови - лейкоцитов до  $18 \times 10^9/л.$ , п - 22, с- 48, СОЭ -30 мм/ час.

На R- гр. нижних конечностей - явления деструкции верхней трети правой бедренной кости.

**Вопросы:**

1. Ваш клинический диагноз по классификации.
2. Какие обследования следует сделать дополнительно?
3. План лечения больного.

**Задача 5**

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом на всем протяжении беременности. На 28 нед. беременности находилась на сохранении по поводу угрозы ее прерывания (у матери было обострение пиелонефрита). Роды в сроке 40 нед, стремительные. Вес при рождении 2500г, оценка по шкале Апгар 5-6 бал. После рождения ребенок беспокойный, стонет, имеется судорожная готовность, повышен мышечный тонус. Спонтанно возникают рефлексы Моро, Бабинского. Взор напряжен, выбухает и пульсирует большой родничок, при глотании поперхивается, обильно срыгивает, умеренная ригидность затылочных мышц. Со стороны внутренних органов: отмечается нарушение ритма дыхания, экстрасистолия, умеренное расширение границ сердца влево.

Была проведена спинномозговая пункция: ликвор вытекал под давлением, в нем повышенное содержание эритроцитов. На реоэнцефалографии признаки нарушения церебрального кровообращения. УЗИ мозга: расширение левого желудочка с признаками накопления геморрагического содержимого, полнокровие ткани мозга и оболочек.

**Вопросы:**

1. Каковы причины заболевания ребенка.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Обоснуйте принципы терапии.
6. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании.

**Задача 6**

Ребенок, родился от 7-ой резус-конфликтной беременности, от вторых родов. Первый ребенок здоров, потом было 4 мед. аборта и один - выкидыш. При рождении состояние ребенка удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. На 2-ой день состояние ребенка резко ухудшилось. Он пожелтел, не спит, не сосет, плохо глотает, появилось резкое беспокойство, гиперестезия, спастичность, лежит в позе “боксера”. Отмечается резкий “мозговой” крик, выбухание большого родничка, глазные симптомы: “заходящего солнца”, симптом Грефе, нистагм. Затем присоединились судороги, ребенок неоднократно давал остановку дыхания. Уровень непрямого билирубина - 450 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Каковы причины заболевания ребенка.
2. Поставьте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
4. Ваше мнение по неотложным лечебным мероприятиям?
5. Прогноз данного заболевания.

#### **задача 7**

Девочка поступила в стационар в 6 дней. Матери 26 лет, 1-ая беременность протекала с рвотой беременных в 1-ом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, в связи с чем назначен окситоцин. 1 период родов - 12час, 2 период - 25мин, безводный период – 10 час. Затруднение выведения плечиков. Масса при рождении - 4200 г, длина-54см, ОГ-37см, ОГК-37см. Оценка по шкале Апгар 7/8. После рождения ребенок беспокойный, гиперактивен. Мышечная дистония, объем движений в левой руке снижен. В роддоме ребенок получал: сернокислую магнезию, фенобарбитал, канакион.

На 6-е сутки переведен в стационар. Состояние средней тяжести, кожа розовая с мраморным рисунком. БР=2 x 2 см. ЧМ иннервация без особенностей, рефлексы орального автоматизма+. Ладонно-ротовой, хватательный и Моро слева снижены. Мышечный тонус в руках снижен, в левой руке гипотония более выражена, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в локтевом и плечевом суставах, в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой левой мышцы не вызывается. Печень+1,5 см из-под реберной дуги, стул желтый, кашецеобразный.

Обследование:

Общий анализ крови - Нв – 221г/л, Эр -  $6,5 \times 10^{12}/л$ , ЦП -0,97, лейкоциты -  $7 \times 10^9/л$ , п-6%, с-56%, э-1%, л-30%, м-7%, СОЭ - 3 мм/ч. Общий билирубин – 98 мкмоль/л. НСГ: немногочисленные эхо-плотные включения в подкорковых ганглиях, повышенная эхогенность перивентрикулярных областей.

#### **Вопросы:**

1. Назовите причины, способствовавшие развитию патологии.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз в данном случае.

#### **Задача 8**

Ребенок С., мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. У женщины кровь Rh-отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1:16. Ребенок родился в срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в отделение совместного пребывания через два часа.

На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз, мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пуэрильное дыхание, ЧД 50 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 3 см ниже

реберной дуги, нижний полюс селезенки 2 см ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери II(A), ребенка I (0). Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось: стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 340 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

**Вопросы:**

1. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Рассчитайте почасовой прирост билирубина.
6. Назначьте лечение.
7. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

**Задача 9**

Ребенок В., девочка, беременность третья, роды первые. Первая беременность закончилась медицинским абортom без осложнений, вторая - выкидышем в сроке 9 недель. Беременность протекала с рвотой беременных в течение трех недель. В сроке 18 недель диагностирована угроза выкидыша, две недели лечилась в стационаре.

Продолжительность первого периода родов 6 часов, второго - 20 минут, безводный период - 4 часа. Околоплодные воды мутные, зеленоватые. Ребенок родился в срок с двукратным обвитием пуповиной вокруг шеи. Масса тела при рождении 3400 г. Закричала после отсасывания слизи из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложена к груди в первые сутки.

На 8 часу жизни срыгнула алой кровью обильно. На 26 часу жизни на пеленке меконий с красным ободком крови.

**Вопросы:**

1. Какие факторы способствовали развитию патологии.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Перечислите дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

**Задача 10**

Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750

г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток -13,5 часов. Околоплодные воды - прозрачные.

В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду.

При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 3 мл/кг/час.

В анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты  $5,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $23 \times 10^9/л$ , п - 12%, с - 62%, л - 16%, э - 2%, м - 8%, тромбоциты  $160 \times 10^9/л$ , СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

#### **Вопросы:**

1. Назовите причины невынашивания беременности.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
4. Назначьте лечение.

#### **Задача 11**

Ребенок Н., мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности. Роды произошли в 30 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго -15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре: значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком. Раздувание крыльев носа, ЧД - 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС - 148 в минуту. Оценка по шкале Даунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Живот мягкий, доступен к пальпации. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Пенный тест Клементса слабоположительный. На R-грамме грудной клетки - многочисленные тени мелких ателектазов.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты -  $4,6 \times 10^{12}/л$ , ЦП -0,97, лейкоциты -  $16 \times 10^9/л$ , п -6%, с -63%, э -1%, л -24%, м -6%, СОЭ -1 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Назовите причины невынашивания беременности.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
  4. Изложите принципы выхаживания ребенка и терапии в родильном доме.

### **Задача 12**

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с тяжелым гестозом, частыми ОРВИ без повышения температуры тела, анемией средней тяжести, угрозой прерывания беременности в сроке 8-9 недель и 20-22 недели. Мать находилась на стационарном лечении. Роды 1-е в сроке 33-34 недели, самостоятельные. Вес ребенка при рождении – 1900 г., длина тела – 47 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре: кожа тонкая, прозрачная, ушные раковины мягкие, прижаты к голове, пупочное кольцо ниже середины расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением. Исчерченность стоп 1/3, ногти не достигают края пальцев, выражено лануго, не удерживает тепло, пальпируется малый родничок, преобладание мозговой части черепа над лицевой, низкий мышечный тонус, физиологические рефлексы снижены, крик тихий.

#### **Вопросы:**

1. Ваш клинический диагноз?
2. Назовите причины, способствовавшие развитию патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы
4. Ваша тактика ведения этого ребенка?
5. План лечения.

### **Задача 13**

Мальчику 3 дня. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей удовлетворительно, 1-х родов в сроке 39-40 недель, вес при рождении – 3300 г., длина – 51 см., по шкале Апгар – 8/9 баллов. При осмотре на фоне иктеричной кожи гиперемизированные плотные пятна, вокруг суставов серовато-желтые папулы, увеличены молочные железы. Дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул желто-зеленый, непереваренный со слизью. Мочится мало. На пеленке коричневое пятно. Вес на день осмотра – 3000 г.

#### **Вопросы:**

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
3. Ваша тактика ведения этого ребенка?

### **Задача 14**

Матери 28 лет, считает себя здоровой. Отцу 30 лет, здоров. Беременность четвертая. Третья беременность два года тому назад закончилась рождением ребенка, который вскоре умер. Вскрытие не производилось. Данная беременность в первой ее половине протекала без осложнений. Во второй половине мать перенесла ОРВИ, не лечилась. Роды в срок, воды отошли за два дня до родов. Масса ребенка при рождении 3500 г., рост 51 см. Состояние после рождения было расценено как удовлетворительное (закричал сразу, оценка по шкале

Апгар – 8 б.). На второй день жизни появился гнойный конъюнктивит, на пятый день - мелкие единичные гнойнички на шее. На девятый день состояние ребенка резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5 градусов, потерял в весе за сутки 100 г., кожа сухая, иктеричная, на 14-ый день развился гнойный отит, на 21-ый день абсцесс – волосистой части головы и парапроктит. В анализе крови лейкоцитов –  $18 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных – 16%, сегментоядерных – 63%, СОЭ – 25 мм в час. При посеве крови на стерильность выделен золотистый плазмокоагулирующий стафилококк.

**Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
4. Назначьте лечение.

**Задача 15**

Педиатр осматривает новорожденную девочку (возраст 4 дня жизни) после выписки из родильного дома. Мать жалуется на ощущение переполнения груди, боли при кормлении, ребенку трудно сосать, и он остается голодным.

Ребенок от I благополучно протекавшей беременности, самостоятельных срочных родов. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9. Вес при рождении 3200 гр., рост при рождении – 51 см. Приложена к груди в род.зале. Получила прививки, согласно графику, выписана из роддома на 3-й день.

При осмотре: Вес ребенка 3000 гр. Кожные покровы ребенка эритематозные, лицо иктеричное, на коже в области копчика синюшное пятно размером 3x3 см. Тургор тканей в норме, отмечается физиологический гипертонус сгибателей, физиологические рефлексы оживлены. Молочные железы у ребенка набухшие, половые губы отечные. Над легкими дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот умеренно вздут, пальпация беспокойства не вызывает. Мочится мало, на подгузниках остаются розово-красные разводы. Стул дважды в сутки, желто-зеленоватого цвета, разжижен.

Женщина не сцеживает остатки молока после кормления. При пальпации отмечены уплотнение грудных желез, их болезненность, зафиксировано однократное повышение температуры тела.

**Вопросы:**

1. Оцените ситуацию. Нуждается ли ребенок в госпитализации?
2. Какие переходные состояния новорожденных выявил педиатр? Каков механизм их развития?
3. Какие рекомендации по кормлению ребенка Вы можете дать матери?
4. Нуждается ли мать ребенка в медикаментозной терапии?

### Ситуационная задача 1

На дому осмотрен мальчик М., 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребенок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мед, цитрусовые, клубнику. Папа ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв - 128 г/л, эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты -  $495 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

### Ситуационная задача 2

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , появились боли в животе, частые, болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Моченспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – вне поле зрения, эритроциты – 35 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – много. **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Какие результаты ожидаете получить? Составьте план лечения данного ребенка.
4. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.
5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.

### Ситуационная задача 3

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит.

Тест на антитела к *Helicobacter pylori* ИФА-методом – отрицательный.

Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(B) степени)». **Вопросы:**

1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
2. Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте.
3. Почему из прокинетики выбран домперидон, а не метоклопрамид?
4. Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте.
5. Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?

### Ситуационная задача 4

Мальчик Саша 7 лет поступил в стационар по направлению врача-педиатра участкового с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела – 3200 г, длиной тела – 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери – хронический тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голени. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезенка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 111 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , средний объём эритроцитов – 80 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах – 29 pg, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 32 г/л, анизоцитоз эритроцитов – 9,5%, тромбоциты -  $368 \times 10^{12}/л$ , средний объём тромбоцитов – 8,3 фл, ширина распределения тромбоцитов по объёму – 12%, тромбоцитоз – 0,3%, лейкоциты –  $8,9 \times 10^{12}/л$ , нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 22%, эозинофилы – 4%, моноциты – 8%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - бурый, прозрачность - мутная, pH – 6,0, плотность – 1024, белок – 1,5 г/л, билирубин - NEG, уробилиноген – NORM, глюкоза – NEG, лейкоциты – 10 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, эпителиальные клетки – ед. в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные – 10-15 в поле зрения. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

### Ситуационная задача 5

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок.

Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение.

Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными.

Со слов мамы, аппетит у мальчика избирательный.

Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребенка не увеличился.

Из анамнеза известно, что у отца ребенка язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка.

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный.

Астенического телосложения.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный.

На спинке языка налёт белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг.

АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые.

В легких выслушивается везикулярное дыхание.

Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилорoduоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное.

Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена.

Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребенка.
4. Сформулируйте план лечения ребенка.
5. Составьте программу противорецидивного лечения.

### Ситуационная задача 6

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье.

Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование.

Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь.

При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые.

Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастальной, околопупочной областях.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягко эластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное.

Стул со слов девочки бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего».

Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована.

Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.
5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

### Ситуационная задача 7

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался.

На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней: по утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок.

Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре. Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно.

Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты -  $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты -  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. ЭКГ – вариант возрастной нормы.

ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте, поставленный вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте подростку лечение.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

### Ситуационная задача 8

Девочка М. 13 лет поступила в стационар с жалобами матери на слабость, вялость, головные боли, «синяки» на коже.

Из анамнеза заболевания: заболела неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синяки». По месту жительства проводилась местная гемостатическая терапия, кровотечение было остановлено, назначен аскорутин. Геморрагическая сыпь нарастала. Доставлена в больницу.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности. Гемофтальм OS. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка пальпаторно не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты –  $2,29 \times 10^{12}/л$ , Hb – 66 г/л, ретикулоциты – 2%, тромбоциты –  $15 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $2,6 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 8%, лимфоциты – 84%, моноциты – 2%, СОЭ – 64 мм/час, время свертывания – 1 минута 20 секунд, длительность кровотечения – 7 минут.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, железо – 10 мкмоль/л, АЛТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180.

Миелограмма: пунктат малоклеточный, представлен в основном лимфоцитами, повышено содержание стромального компонента и жировой ткани. Мегакариоциты не обнаружены. Гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%.

Коагулограмма: АЧТВ – 41 сек, ПТИ – 90%, ТВ – 17 сек, фибриноген – 3 г/л.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие исследования надо провести для верификации (уточнения) диагноза?  
Обоснуйте.
4. Что включает в себя лечение данной патологии?
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

#### **Ситуационная задача 9**

Больной Иван М. 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство.

Наследственность по аллергопатологии отягощена: мама страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой.

У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приеме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенес острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме.

Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в легких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%.

Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от должноствующих цифр. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Окажите медицинскую помощь ребенку с данным заболеванием.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

#### **Ситуационная задача 10**

Больная С. 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путем кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – серетид, закончила прием препарата около 3 месяцев назад. В период приема ингаляционных кортикостероидов (ИКС) отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции сальбутамола (со слов мамы). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приема базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла дитек, сальбутамол, эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД - 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в легких выслушиваются сухие хрипы как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС - более 120, АД - 130/90 мм рт. ст. **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Представьте тактику неотложной терапии.
3. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?
4. Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей?
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

#### **Ситуационная задача 11**

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребенок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мама давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева теплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины

умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические л/у не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание жесткое. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты -  $240,0 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $20,6 \times 10^9/л$ , палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение больному ребенку, обоснуйте назначения.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребенок в катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.

### Ситуационная задача 12

Повторный осмотр на дому девочки 4-х лет. Жалобы на боли в горле, головную боль, слабость. Из анамнеза: родилась от I нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад.

Прививочный календарь: БЦЖ – 4 день жизни; гепатит В – 12 часов – 1 месяц – 6 месяцев; АКДС – 3 месяца – 4,5 месяца; полиомиелит – 3 месяца – 4,5 месяца; корь, краснуха, эпидемический паротит – 12 месяцев. Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели отрицает.

Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до  $37,4^{\circ}C$ . Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором фурацилина и щелочные ингаляции.

Повторный осмотр на 3 день болезни объективно: состояние средней тяжести, температура –  $37,5^{\circ}C$ , отрицательная динамика клинических проявлений – вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные пленки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Пленка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы – 1,5 см уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез - без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты -  $310,0 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $16,6 \times 10^9/л$ , палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес – 1018; белок – нет, сахар – нет, эпителий – ед. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение больного.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребёнок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок)

### Ситуационная задача 13

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже.

Из анамнеза: ребенок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесенных заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ – до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В легких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твердого неба несколько поверхностных эрозий размером 2x3 мм. Живот мягкий, печень выступает изпод края реберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

### Ситуационная задача 14

На профилактическом осмотре 6 месячный ребёнок. У матери жалоб нет. На грудном вскармливании. Масса тела 7200 г, длина 64 см. Состояние ребёнка удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Врач-педиатр обратил внимание на гипотермию нижних конечностей. Катаральных проявлений нет. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. ЧДД 36 в минуту. Область сердца не изменена, верхушечный толчок умеренно усилен, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 132 в минуту. По левому краю грудины выслушан средней интенсивности пансистолический шум грубоватого тембра, который определялся и в межлопаточном пространстве. Выявлено резкое снижение пульсации бедренных артерий, отсутствие пульсации артерий тыла стопы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +1 см от края реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Периферических отёков нет. Стул, со слов матери, до 4 раз за сутки, без патологических примесей. Мочится без особенностей.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от четвертой беременности, вторых самостоятельных родов в сроке 38-39 недель. Мать на учете по беременности в женской консультации не состояла. Со слов женщины, беременность протекала без особенностей. Масса ребёнка при рождении 3020 г, длина 50 см. Апгар 6/8 баллов. Выписан из роддома на 3 сутки с диагнозом: Здоров. Не привит (отказ). До 6 месяцев семья проживала в другом районе. Педиатра не посещали.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какое дополнительное клиническое исследование должен провести врач- педиатр для уточнения диагноза?
4. Определите дальнейшую тактику врача педиатра.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации ребенка и тактику врача-педиатра участкового после выписки ребенка из стационара

### **Ситуационная задача 15**

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъёма температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка оценено как среднетяжёлое, температура тела 38,0 °С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налётов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не изменены.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощён. Привит ребёнок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив. Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребенка?

## **12 семестр**

### **Ситуационная задача 1**

На дому осмотрен мальчик М., 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребенок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мед, цитрусовые, клубнику. Папа ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД –

110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты -  $495 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты -22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты -2-1 в п/з, эритроциты -5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

### Темы докладов с презентацией

#### Неонатология

1. ВПР, критические периоды эмбриогенеза.
2. Роль гомоцистеина в антенатальной патологии.
3. ЗВУР, этиопатогенез, диагностические критерии.
4. Болезнь Жильбера, клиника, диагностика, лечение.
5. Этиопатогенез адреногенитального синдрома, клинические проявления.
6. Неонатальный сепсис, особенность клиники.
7. Герпетическая инфекция у новорожденных, диагностика, осложнения.

#### Патология раннего возраста

1. Клинические синдромы дефицитных анемий.
2. Патогенез мальдегистии и мальабсорбции при хронических нарушениях питания.
3. Дифференциальный диагноз витамин Д-дефицитного, витамин Д-резистентного и витамин Д-зависимого рахита.
4. Термический невроз и дифференциальный диагноз с субфебрильными состояниями.
5. Идиопатический фиброзирующий альвеолит.
6. Синдром Стивенса-Джонсона, этиопатогенез, клиника.
7. Синдром Лайелла, дифференциальный диагноз, лечение.

#### Частная патология детей старшего возраста

1. ДЖВП и запоры у детей.
2. ВПС, полная транспозиция магистральных сосудов.
3. Системные васкулиты: болезнь Такаясу, болезнь Кавасаки и другие.
4. Диагностические критерии дизметаболических нефропатий
5. Хондродистрофия синдром низкорослости с лицом медвежонка коалы.
6. Синдром Морриса – синдром тестикулярной феминизации, история синдрома, клинические проявления.
7. Хромосомные болезни у человека
8. Наследственные болезни обмена соединительной ткани (синдром Марфана)
9. Наследственные болезни обмена углеводов
10. Наследственные болезни обмена липидов
11. Наследственные болезни накопления
12. Нарушения в метаболизме аминокислот

#### Поликлинический раздел

1. Иммунодефицитные состояния.
2. Боль и болевой синдром.
3. Этиопатогенез пароксизмальных явлений во сне у детей.
4. Тактика ведения детей с острыми отравлениями.
5. Оценка тяжести неврологических расстройств при отравлениях.

Технологическая карта дисциплины  
 Специальность ординатура «Педиатрия»  
 количество зачетных единиц 14

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	гр аф ик нт р.
Ординатура 1 год					
Первое полугодие					
1.Период новорожденности. 2.Угрожаемые состояния плода и новорожденного 3. Гипоксия плода и новорожденного. 4. гемостаз в неонатальном периоде. 5. ВУИ. Сепсис. 6. Дифдиагноз желтух периода новорожденности. 7.эндокринные заболевания новорожденных	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические навыки-курация больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и неотработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.</i>	5	10	5/14
	Рубежный контроль	Демонстрация больных, анализ анамнеза, обоснование предварительного диагноза, интерпретация анализов. Реферат, доклад с презентацией	15	25	
Второе полугодие					
1. Рахит у детей. 2. Дефицитные анемии. 3. Хронические расстройства питания. 4. Аномалии конституции. 5. Лихорадка и гипертермии у детей. 6. Болезни органов дыхания. 7. Аллергические заболевания.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и неотработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.</i>	5	10	9/18
	Рубежный контроль	Демонстрация больных, анализ анамнеза, обоснование предварительного диагноза, интерпретация анализов. Реферат, доклад с презентацией.	15	25	
<b>Всего за семестр</b>			40	70	
Промежуточный контроль зачет			20	30	

Семестровый рейтинг по дисциплине:	60	100	
------------------------------------	----	-----	--

**Технологическая карта дисциплины  
Специальность ординатура «Педиатрия»**

**количество ЗЕ – 11**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
<b>Второй год ординатуры</b>					
<b>Первое полугодие</b>					
1. Заболевания ЖКТ. 2. Заболевания желчевыводящей системы и печени. 3. Болезни сердечно-сосудистой системы. 4. Болезни почек. 5. Болезни системы крови у детей. 6. Наследственные болезни.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, практические навыки курация больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и неотработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.</i>	5	10	26/36
	Рубежный контроль	Демонстрация больных, анализ анамнеза, обоснование предварительного диагноза, интерпретация анализов. Реферат, доклад с презентацией	15	20	
<b>Второе полугодие</b>					
1. Поликлиническая педиатрия. 2. Иммунопрофилактика. 3. ИВБДВ. 4. Диспансеризация детей. 5. Неотложная медицинская помощь в условиях поликлиники.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационная задача Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и неотработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.</i>	5	10	29/39

	Рубежный контроль	Демонстрация больных, анализ анамнеза, обоснование предварительного диагноза, интерпретация общих признаков опасности. Реферат, доклад с презентацией	5	10	
<b>Всего за семестр</b>			40	70	
Промежуточный контроль зачет			20	30	
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине:</b>			<b>60</b>	<b>100</b>	

## СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО студента с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя.

### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.

Дата заболевания.

Дата поступления.

Какой детский коллектив посещает.

Сведения о родителях (фамилия, имя, отчество, место работы)

1. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)
2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение получал, каков эффект проводимого лечения).
3. Анамнез жизни (от какой беременности, исход предыдущих беременностей, как протекала беременность – заболевания матери соматические и инфекционные, вредные привычки, профессиональные вредности, полученное лечение, наличие гестоза раннего и позднего. Срок родов, наличие безводного периода, родостимуляция, акушерские пособия, тип предлежания плода. Оценка по Апгар, когда закричал, проводилась ли первичная реанимация новорожденного, сроки первого прикладывания к груди, появление желтухи, если таковая имела, срок выписки из роддома. Психомоторное развитие ребенка на первом году и в дальнейшем. Перенесенные заболевания, аллергологический анамнез. Наследственность. Составление родословной).
4. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):  
Соматический статус (по стандартной схеме)  
Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективного осмотра.
5. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
6. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
7. Дифференциальный диагноз \_\_\_\_\_ проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
8. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
9. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
10. Этиопатогенез заболевания, прогноз.
11. объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 7**

**ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ  
СРЕДСТВ**

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ  
(текущий, рубежный, промежуточный контроль )**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Правильность интерпретации имеющихся в задаче жалоб и анамнеза	<b>0-20</b>
2	Правильность оценки объективных и лабораторно-инструментальных данных.	0-20
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики. Дифференциальный диагноз	0-10
4	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям и его обоснование	0-25
5	Правильность назначения и обоснования лечения	0-25
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО  
(текущий, рубежный, промежуточный контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Правильность сбора жалоб и анамнеза.	0-20
2	Правильность объективного обследования	0-20
3	Правильность интерпретации имеющихся лабораторно-инструментальных методов исследования.	0-10
4	Правильность назначения дополнительных методов обследования	0-10
5	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям.	0-20
6	Правильность назначения и обоснования лечения	0-20
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА  
(текущий контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

#### (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 процентов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

#### (рубежный контроль)

Наименование показателя	Отметка (в %)
<b>ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ</b>	0-2
<b>ЖАЛОБЫ</b> (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст. время)	0-7
<b>АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ</b>	0-7
<b>АНАМНЕЗ ЖИЗНИ</b>	0-10
<b>ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</b>	0-10
<b>ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	0-10
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА</b>	0-10
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</b>	0-10
<b>ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ</b>	0-10
<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	0-10
<b>ДНЕВНИК</b>	0-7
<b>ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ</b>	0-7
<b>Всего баллов</b>	<b>сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ  
(рубежный, промежуточный контроля)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
<b>Всего баллов</b>		<b>Среднее арифм. (сумма баллов/4)</b>

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«70-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-69%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ  
(рубежный контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
<b>ФОРМА</b>		<b>10</b>
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		<b>50</b>
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
<b>ПРЕЗЕНТАЦИЯ</b>		<b>25</b>
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
<b>ДОКЛАД</b>		<b>15</b>
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов</b>