

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

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



Педиатрия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Педиатрии		
Учебный план	o310802_17_12AiP.plx Специальность 31.08.02 Анестезиология и реаниматология		
Квалификация	врач-анестезиолог-реаниматолог		
Форма обучения	очная		
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ		
Часов по учебному плану	72		Виды контроля в семестрах: зачеты I
в том числе:			
аудиторные занятия	48		
самостоятельная работа	24		

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	22			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	8	8	8	8
Практически	40	40	40	40
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Сушило Х.М. Сушило; д.м.н., профессор, Боконбаева С.Дж. Боконбаева —

Рецензент(ы):

к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней КГМА им.И.К.Ахунбаева, Какеева А.А. Какеева; д.м.н., профессор кафедры педиатрии КРСУ, Алдашева Н.М. Алдашева

Рабочая программа дисциплины

Педиатрия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ - РЕАНИМАТОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1044)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.02 Анестезиология и реаниматология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Педиатрии

Протокол от 16 05 2015 г. № 10

Срок действия программы: уч.г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

Боконбаева —

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Анестезиология	
2.1.2	Педиатрия	
2.1.3	Медицина чрезвычайных ситуаций	
2.1.4	Производственная (клиническая) практика: Стационарная	
2.1.5	Хирургия	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Педиатрия	
2.2.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	
2.2.3	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1	
2.2.4	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ПК-6: готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий****Знать:**

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.

Уметь:

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;
Владеть:	
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, видами совершенствования

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	1.Анатомо-физиологические особенности плода и ребенка, физиологическое развитие детей в различные возрастные периоды;
3.1.2	2.Принципы рационального вскармливания и питания детей;
3.1.3	3.Основные вопросы патофизиологии, биохимии, иммунологии, генетики и других общемедицинских проблем;
3.1.4	4.Показатели гомеостаза, основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса;
3.1.5	5.Физиологию и патофизиологию основных систем организма;
3.1.6	6.Современные методы диагностики основных нозологических форм;
3.1.7	7.Современную классификацию, этиологию, патогенез, симптоматику основных соматических и инфекционных заболеваний;
3.1.8	8.Современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний;
3.1.9	
3.2	Уметь:
3.2.1	1.Собрать генеалогический, перинатальный анамнез, анамнез жизни и заболевания. Выбрать факторы риска возникновения заболевания.
3.2.2	2.Провести полное клиническое обследование ребенка. Сформулировать предварительный диагноз.
3.2.3	3.Своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи.
3.2.4	4.Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов.
3.2.5	5.Решить вопрос о необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов.
3.2.6	6.В комплексе оценить результаты анамнеза, клинических, инструментальных и функциональных исследований, заключений специалистов.
3.2.7	7.Поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний.
3.2.8	8.Назначить лечение, контролировать его результаты, проводить коррекцию. Установить объем помощи при неотложных состояниях и последовательность её оказания.
3.2.9	9.Провести реабилитационные мероприятия с проведением традиционных и нетрадиционных методов.
3.3	Владеть:
3.3.1	1.Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
3.3.2	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	3.Оценкой результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
3.3.4	4.Методикой расчета питания по основным ингредиентам у здоровых детей и при хронических расстройствах питания;
3.3.5	5.Определением групп здоровья у детей в возрастном аспекте;
3.3.6	6.Назначением лечебных мероприятий при заболеваниях, патологических состояниях, в соответствии со стандартом медицинской помощи при данной патологии;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Неонатология						

1.1	Диф.диагностика судорожного синдрома у детей раннего возраста. /Лек/	1	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Генерализованные формы аллергозов у детей. /Лек/	1	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.3	Угрожаемые состояния плода,внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного.Этиопатогенез,диагностика,клиника. /Пр/	1	5	ПК-6	Л1.3 Л1.4 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Шкала Апгар.Степени асфиксии.Первичная реанимация в разделе Программа "ABCD". /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.4 Л1.3 Л2.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.5	Сепсис новорожденных септицемия этиология ,клиническая практика,лечение,прогноз. /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.4 Л1.3 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.6	Диф.диагностика хронических нарушений питания у детей раннего возраста. /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.7	Альвеолиты.Токсический,идиопатический,фиброзирующий. Клиника,диагностика, диф.диагностика,лечение,исходы. /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.8	Диф.диагностика респираторных аллергозов. Этиопатогенез,клинические проявления, диагностика,профилактика. /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.9	Рахитоподобные заболевания,этиопатология,диф.диагностика. /Ср/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.10	Муковисцидоз. /Ср/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.11	Эндокринопатии новорожденных. /Ср/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 2. Патология старшего возраста.						
2.1	Лейкемоидные реакции у детей. /Лек/	1	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Неотложные состояния в детской нефрологии /Лек/	1	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.3	Диф.диагностика нарушений сердечного ритма и проводимости у детей.Неотложная помощь при пароксизмальных нарушениях ритма. /Пр/	1	5	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.4	Диф.диагностика микро и макрогематурии у детей.Протеинурия при поражении почек и мочевыводящих путей. /Пр/	1	5	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Неотложные состояния в детской нефрологии острая почечная и хроническая почечная недостаточность. /Пр/	1	5	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Бронхиальная астма,патогенез,лечение в приступный период. /Ср/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.7	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. /Ср/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.8	Диагностика и диф.диагностика ВПС и приобретенных пороков сердца. /Ср/	1	3,7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.9	/КрТО/	1	0,3	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.10	/Зачёт/	1	0	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Педиатрия

Вопросы для проверки уровня обучения "ЗНАТЬ"

Задания для проверки уровня обучения "УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ:

Ситуационные задачи: см Приложение №1

Провести физикальное исследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) новорожденного и детей раннего возраста.

Оценить и трактовать результаты клинических и основных параклинических методов исследования.

На основании исследования физикального статуса: выявить симптомы и синдромы, поставить предварительный диагноз

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрена

5.3. Фонд оценочных средств

Тесты

Ситуационные задачи

Контрольные вопросы

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты

Ситуационные задачи

Доклад

Реферат

Презентация

Фронтальный опрос

Практические навыки

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.	Детские болезни: Учебник	СПб, Питер 2017
Л1.2	Боконбаева С.Дж., Счастливая Т.Д., Василенко В.В.	Педиатрия: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л1.3	Володин Н.Н.	Учебник: Неонатология	Питер 2009
Л1.4	Боконбаева С.Дж.	Болезни новорожденных детей: учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Баранов А.А	Детские болезни: Учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012
Л2.2	Алдашева Н.М.	Нарушения ритма и проводимости сердца у детей. : Учебное пособие	КРСУ, Бишкек 2018

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.3	Александрович Ю.С., Пшениснов К.В.	Интенсивная терапия новорожденных.: Руководство для врачей: учебное пособие	СПб.: Изд-во Н-Л 2013
Л2.4	Александрович Ю.С., Пшениснов К.В., Гордеев В.И.	Интенсивная терапия критических состояний у детей.: учебное пособие	СПб.: Изд-во Н-Л, 2014
Л2.5		Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста : Карманный справочник	ВОЗ 2013

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Детские болезни. Избранные лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / . — Электрон. текстовые данные. — Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011. — 147 с. — 2227-8397.	http://www.iprbookshop.ru/55311.html
Э2	Шабалов Н.П. Неонатология	http://docplayer.ru/79805406-Shabalov-
Э3	Гаврилова Н.В. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н.В. Гаврилова. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Научная книга, 2012. — 159 с. — 2227-8397. —	http://www.iprbookshop.ru/8182.ht
Э4	Болезни детского возраста от А до Я. Выпуск 5. Муковисцидоз [Электронный ресурс] / О.И. Симонова [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — М. : ПедиатрЪ, 2014. — 84 с. — 978-5-906332-18-9.	http://www.iprbookshop.ru/70517.html

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Теоретическая подготовка изучения программы по поликлинической и неотложной педиатрии проводится на базах Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек в большом лекционном зале на 120 посадочных мест. Презентации лекций по всем разделам дисциплины (PowerPoint)
6.3.1.2	Имеются 3 стандартно оборудованных аудитории с 12 посадочными местами (блок парты, меловая, маркерная доски, компьютер). У студентов имеется доступ к информационным стендам, плакатам, электронной библиотеке, учебным фильмам, базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).
6.3.1.3	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.
6.3.1.4	Компьютерные классы (корпус Л.Толстого, ауд.4/12, 4/15) с выходом в сеть интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	http://www.prlib.ru/Pages/about_new.aspx
6.3.2.2	http://www.kyrlibnet.kg
6.3.2.3	http://www.dlib/eastview.com
6.3.2.4	http://www.iprbookshop.ru
6.3.2.5	http://www.lib.krsu.edu.kg
6.3.2.6	http://www.polpred.com/news

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), вторичного уровня ЛПУ. Имеют 6 специализированных отделений: отделение неотложной соматки, отделение неотложной неврологии, отделение неотложной неонатологии, реанимации новорожденных, ЛОР отделение, отделение патологии почек, коечный фонд - 200 коек. Имеются 3 стандартно оборудованных аудитории с 12-30 посадочными местами (блок парты, меловая, маркерная доски, компьютер), лекционный зал на 120 посадочных мест (блок парты, маркерная доска, ноутбук, проектор, микрофон). У студентов имеется доступ к информационным стендам (1 шт.), плакатам (10шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (10 шт.), базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).
7.2	На базе Национального центра охраны материнства и детства (ЛПУ третичного уровня). Имеются 9 специализированных отделений: отделение острой респираторной патологии, отделение гастроэнтерологии, отделение аллергологии, отделение гематологии, отделение кардиоревматологии, отделение эндокринологии, отделение нефрологии, отделение патологии новорожденных, отделение реанимации, коечный фонд – 230 коек. Имеется 8 стандартно оборудованных аудиторий с 96 посадочными местами (блок парты, меловые, маркерные доски). У студентов имеется доступ к плакатам (70шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (10 шт.), базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).

7.3	На базе Городского перинатального центра, вторичного уровня ЛПУ. Имеются 3 специализированных отделения: отделение «Мать и дитя», отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, отделение реанимации, коечный фонд – 100 коек. Имеется 1 стандартно оборудованная аудитория на 12 посадочных мест (блок парты, маркерная доска, ноутбук). У студентов имеется доступ к плакатам (10шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (5 шт.), базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).
7.4	На базе Центра семейной медицины №8. Имеется 12 ГСВ, обслуживающих 18977 - детского населения, подростков - 1936. Имеется 1 стандартно оборудованная аудитория на 15 посадочных мест (столы, стулья, маркерная доска, ноутбук). У студентов имеется доступ к плакатам (15шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (5 шт.), базе клинического материала (истории развития ребенка, лабораторные анализы, R-граммы).
7.5	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).
7.6	

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

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

- а) переключки;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

- а) фронтальный опрос;
- б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем тематических больных (время – до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами (курация больного);
- б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 15-20 минут. Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 15-20 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1,2 часа в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час. Всего в неделю – 3-4 часа.

2. В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке. При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя. 4. Рекомендации по работе с литературой. Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю. Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий. Контроль над усвоением ординаторами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент,

получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании. Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором и подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение двух недель со дня пропуска (реферат должен быть авторским, и написан «от руки», объем реферата не менее 20 страниц). Оработка практических занятий. - Каждое занятие, пропущенное ординатором без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Оработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом. - Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные ординатором без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов. - Ординатор, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям. - Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой. - В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать ординаторов от отработок некоторых пропущенных занятий. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде.

Количество слайдов не более 30. Оптимальное число строк на слайде – от 6 до 10.

9. 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.

* 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 за чем-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 и выравнивать 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. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок. 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 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы: "Педиатрия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др., а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого

достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

1. Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

2. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.

3. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА Задача 1. Мальчик К, 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы. Анамнез заболевания: болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами отмечался лающий кашель, осиплость голоса. Лечился амбулаторно по поводу обструктивного бронхита: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, первых срочных родов, беременность протекала с угрозой выкидыша в первом триместре. Роды путем кесарева сечения. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. Наблюдается у аллерголога по поводу atopического дерматита. С 8-ми лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом, аллергическим конъюнктивитом. Объективный осмотр: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание, на выдохе выслушиваются не многочисленные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?

3. Какие данные анамнеза указывают на вероятность развития заболевания.

4. План лечения.

5. Программа ведения ребенка Эталон ответа к задаче 1:1. Бронхиальная астма, atopическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН1. Аллергический ринит, персистирующий.

2. Спирограмма с сальбутамолом, пикфлоуметрия, рентгенография органов грудной клетки, гемограмма, общий и специфический Jg E

3. Отягощенный семейный и личный аллергоанамнез

4. Неотложная терапия: оксигенотерапия, СГКС, повторные ингаляции β2-агонистов короткого действия

5. Элиминация причинных аллергенов, подбор базисной терапии и коррекция ежеквартально **КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО** Курацию больного необходимо проводить по схеме, указанной в п.5.3.

1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.

2. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.

3. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С., ЧД, АД, и др.)

4. Оценить данные клинических анализов:

* крови (общий анализ, время свертывания, время кровотечения, количество тромбоцитов; на сахар); содержание в сыворотке крови - билирубина, АЛТ, АСТ; концентрация электролитов и щелочной фосфатазы; содержание белка и белковых фракции; содержание мочевой кислоты и креатинина; анализ крови на АСЛ-О, серомукоид, СРБ);

* мочи (общий анализ, по Нечипоренко и Каковскому-Аддису, на степень - бактериурии, уroleйкоцитогрaмму); Оценить гликемический профиль; Оценить глюкозурический профиль; Оценить стандартный глюкозо-толерантный тест; Оценить анализ копрологического исследования; Оценить рентгенограмму при исследовании желудка с барием; Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка. Оценить результаты фиброгастроскопии; Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;

5. Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;

6. Оценить физическое развитие детей разного возраста;

7. Оценить психомоторное развитие детей в возрасте до пяти лет;

8. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики:

* заболеваний периода новорожденности;

* заболеваний у детей раннего возраста;

врожденных пороков развития;

* задержки физического и психомоторного развития детей;

* острых и хронических заболеваний органов дыхания у детей;

* острых и хронических заболеваний сердечнососудистой системы у детей;

* острых и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей;

* острых и хронических заболеваний билиарной системы у детей;

* острых и хронических заболеваний мочеполовой системы у детей;

* острых и хронических заболеваний эндокринной системы у детей; - анемий и геморрагических диатезов у детей; -

фоновых заболеваний у детей. 9. Оформлять медицинскую документацию: история болезни ребенка

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: НЬ — 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 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?

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.

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.

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 — $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк — $13,6 \times 10^9/\text{л}$, 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.

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 особенностей. 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 ветрянку 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.

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.

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 средне-ключичной 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?

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 атопическим 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 бронхолегочного 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?

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: Нb - 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 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?

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: Hb 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 нижне-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?

Задача 11

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 (троекратно): 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?

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°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?

Задача 13

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.

Задача 14

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.

Задача 15

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?

Задача 16

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 «чётки», прослеживается Гаррисонова 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, лейк. — $10,6 \times 10^9$ /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.

Задача 17

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: Hb - 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.

Задача 18

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 неотягощен.

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: Нб 85 г/л, эр. $3,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,75, ретикулоциты 1,1%, тромб. 225×10^9 /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.

Задача 19

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, аминоацидоурия – 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).

Задача 20

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?

Задача 21

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 легочный 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.

Задача 22

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 2,0×2,5 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.

Задача 23

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: Нb 85 г/л, эр. $3,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,75, ретикулоциты 10,1%, тромб. 225×10^9 /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.

Задача 24

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, аминокацидоурия – 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.

Задача 25

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.

Задача 26

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.

Задача 27

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.

Задача 28

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?

Задача 29

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?

Задача 30

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?

Задача 31

Мальчик 10 месяцев, поступил в стационар для обследования с целью уточнения топике 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, в 9 мес – тяжелый антрит, после чего в течение месяца отмечаются немотивированные подъемы температуры до фебрильных цифр. 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?

Задача 32

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.

Задача 33

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° С, 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 льющийся 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: Hb - 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.

Задача 34

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 °С. 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.

Задача 35

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 $-37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ 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: «Железодефицитная 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.

Задача 36

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 топику и нормальные размеры; желчный пузырь обычной топики, 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.

Задача 37

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 положителен 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: НЬ — 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; pH — 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.

Задача 38

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 пилорoduodenальной 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 — $2,8 \times 10^{12}/л$; Нб — 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: а₁ — 6%, а₂ — 10%, р — 13%, γ — 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.

Задача 39

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 Ортенера (+). По другим органам без особенностей.

ОАК: Нб — 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; pH — 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.

Задача 40

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 α -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, нормоэхогенная. 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.

Задача 41

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: Hb 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 цистогграфии? Необходимо ли проведение цистогграфии 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.

Задача 42

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.

Задача 43

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: Нб 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.

Задача 44

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: Hb 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.

Задача 45

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: Hb 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.

Задача 46

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. 13×10^9 /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.

Задача 47

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, голених, 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: α_1 6%, α_2 48%, β 14%, γ 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.

Задача 48

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.

Задача 49

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, эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,3 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 49%, лимф. 38%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч.

ОАМ: отн. плотн. 1018, белок 0,9‰, лейкоц. 2-3 в п/зр., эр. измененные 30-40 в п/зр., зернистые цилиндры 5-10 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – 1500, эр. – 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.

Задача 50

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 мг 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 10^{12} /л, НВ 101 г/л, ц.п-0,78, лейкоциты – $14,0 \times 10^9$ /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.

Задача 51

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 3х3 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?

Педиатр осматривает новорожденного мальчика (возраст 20 дней). Мать жалуется, что у ребенка частый, жидкий стул с примесью комочков и зелени, Ребенок периодически беспокоится, плачет, сучит ножками.

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 – 52 см. Приложен к груди в род.зале. Получил прививки, согласно графику, выписан из роддома на 3-й день. Пуповинный остаток отпал на 7-й день жизни.

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, признаков интоксикации нет, однако ребенок беспокоен, на осмотр реагирует плачем, сучит ножками. Кожные покровы бледно-розового цвета, катаральных явлений нет. Физиологические рефлексы оживлены. Масса тела ребенка 3700 гр. Над легкими пуэрильное дыхание, ЧД=42 в мин., тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС=140 в мин. Живот несколько вздут. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится 20-25 раз в сутки, моча светло-желтая. Стул частый до 8-10 раз в сутки, жидкий с примесью зелени и комочков.

Вопросы:

1. Оцените ситуацию.
2. Какие рекомендации Вы можете дать в данной клинической ситуации?
3. Дайте рекомендации по кормлению ребенка.
4. Каков вид и частота стула у ребенка на грудном вскармливании в норме?
5. Оцените прибавку ребенка в массе?

Задача 53

Педиатр осматривает новорожденного мальчика (возраст 4 дня жизни) после выписки из родильного дома.

Ребенок от I благополучно протекавшей беременности, самостоятельных срочных родов. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9. Вес при рождении 3500 гр., рост при рождении – 53 см. Приложен к груди в род.зале. Получил прививки, согласно графику, выписан из роддома на 3-й день.

При осмотре: Вес ребенка 3300 гр. Кожные покровы ребенка эритематозные, лицо иктеричное, на коже в области копчика синюшное пятно размером 3х3 см. Тургор тканей в норме, отмечается физиологический гипертонус сгибателей, физиологические рефлексы оживлены. Молочные железы у ребенка набухшие, половые органы 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.

Ребенок на искусственном вскармливании (мать ВИЧ-инфицированная).

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. Рассчитайте по формуле Финкельштейна и по формуле Зайцевой необходимый суточный объем пищи для ребенка.

Задача 54

К педиатру амбулаторно обратилась мать 1,5-месячного мальчика с жалобами на беспокойство ребенка, не выдерживает интервалы между кормлениями.

Мальчику 1,5 месяца. От I благополучно-протекавшей беременности. Родился доношенным, с массой 3600 г. Закричал сразу. Приложен к груди в род.зале, выписан из роддома

на 3-й день. Пуповинный остаток отпал на 8-й день жизни. Последнюю неделю стал беспокойным, не выдерживает интервалы между кормлениями. Сосет грудь жадно, 7 раз в сутки, но реже мочится, стул стал более густым, редким. Масса ребенка 4400 г. При контрольном взвешивании - высасывает по 80 мл.

Вопросы:

1. Рассчитать необходимое количество молока, которое должен получать ребенок.
2. Какие необходимы рекомендации матери по кормлению ребенка?

Задача 55

На профосмотре мальчик в возрасте 6 месяцев. Мать жалоб не предъявляет.

Анамнез жизни: Мальчик от 1-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первом триместре, дрожжевого кольпита во 2-м триместре, роды срочные, самостоятельные. Закричал

сразу, был приложен к груди в род.зале. Вес при рождении 3600 гр. Выписан из роддома на 3-й день. Пуповинный остаток отпал на 7-е сутки жизни. Период новорожденности протекал благополучно. Прививки получил согласно графику. Ничем не болел. Находится на грудном вскармливании.

При осмотре: кожные покровы бледно-розовой окраски, отмечается лёгкая бледность видимых слизистых. Катаральных явлений нет. Над легкими пуэрильное дыхание. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, пальпация беспокойства не вызывает. Печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги, мягкая, край заострен. Мочится до 20-ти раз в сутки. Стул кашицеобразный, золотисто-желтого цвета до 4-х раз в сутки.

Вес ребенка на момент осмотра 8000 гр. Ребенок сидит самостоятельно, переворачивается с живота на спину и обратно, активно лепечет.

ОАК: Эр — $3,8 \times 10^{12}/л$; Нь — 111 г/л; Ц.п. — 0,8; ретикулоциты — 15%, Лейк — $8,7 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 32%, э — 3%, л — 64%, м — 8%; СОЭ — 4 мм/час;

Вопросы:

1. Оцените физическое и психомоторное развитие ребенка.
2. Дайте оценку показателям общего анализа крови.
3. Дайте рекомендации матери относительно кормления ребенка.

Задача 56

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-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. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

ОАК: НЬ — 110 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9. Тромб — 435×10^9 /л, Лейк — $10,5 \times 10^9$ /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.

Задача 57

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: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретик — 3%, Тромб — 300×10^9 /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.

Задача 58

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 $39,3^{\circ}\text{C}$,

увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, 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 — $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб — единичные, Лейк — $208 \times 10^9/\text{л}$, 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%, мегакариоциты — 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?

Задача 59

Алеша М, 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, притекавшей с нефропатией, 2 срочных родов, родился с массой 4000 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания

гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

ОАК: НЬ — 135 г/л, Эр — $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я — 4%, с/я — 50%; э — 1%, л — 35%, м — 10%, СОЭ-10 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, прозрачность — слабо мутная; удельный вес 1035, реакция — кислая; белок — нет, сахар — 10%, ацетон +++.

Биохимический анализ крови: глюкоза — 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий -5,0 ммоль/л, общий белок — 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л.

КОС: рН — 7,1; рО₂ — 92 мм рт.ст.; рСО₂ — 33,9 мм рт.ст..

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что привело к развитию данного состояния?
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?

Задача 60

Алишер М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1 срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год.

Объективно: рост 105 см, вес 16 кг. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие).

ОАК: НЬ — 130 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк -; $5,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я — 1%, с/я — 52%; э — 1%, л — 41%, м — 5%, СОЭ — 4 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, прозрачность — хорошая; удельный вес 1015, реакция — кислая; белок — нет, сахар — нет, ацетон — отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза — 3,2 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий — 5 ммоль/л, общий белок — 55,0 г/л, холестерин -7,6 ммоль/л.

Гормональный профиль: СТГ натощак — 0,2 нмоль/л, СТГ после нагрузки — 1,2 нмоль/л (норма более 10 нмоль/л).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
3. Снижение или отсутствие какого гормона отмечается при этом заболевании?
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?

Тесты для 5 курса ЛД

Педиатрия

1. Укажите факторы, не влияющие на состояние здоровья ребенка

5

- 1) наличие хронических заболеваний и уровень основных функций организма
- 2) резистентность организма
- 3) уровень физического и нервно-психического развития
- 4) наличие отклонений в раннем возрасте
- 5) принадлежность к определенному полу, национальности

2. Модифицированная классификация периодов детства по Н.П. Гундобину не включает:

3

- 1) внутриутробный этап
- 2) период новорожденности
- 3) период молочных зубов
- 4) дошкольный период
- 5) младший и старший школьный периоды

3. Фаза плацентарного (фетального) развития плода начинается с (мес.):

3

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

4. Физиологические изменения температуры в период новорожденности проявляются:

2

- 1) субфебрилитетом
- 2) транзиторной лихорадкой

- 3) гектической лихорадкой
- 4) ремиттирующей температурой
- 5) волнообразной температурой

5. Причиной физиологической желтухи является:

2

- 1) внутриутробные инфекции
- 2) недостаточная ферментативная активность печени
- 3) неполная атрезия желчевыводящих путей
- 4) дисбактериоз кишечника
- 5) врожденный гепатит

6. К пограничным состояниям периода новорожденности не относятся:

3

- 1) физиологическая убыль массы тела
- 2) транзиторная лихорадка
- 3) кефалогематома
- 4) мочекишный инфаркт почек
- 5) половой криз

7. Период новорожденности продолжается до (недели):

2

- 1) 2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8
- 5) 9-10

8. Физиологические изменения со стороны эндокринной системы в период новорожденности проявляются:

3

- 1) выраженными меноррагиями
- 2) выраженным маститом
- 3) нагрубанием молочных желез
- 4) выделением секрета из молочных желез
- 5) гирсутизмом

9. Особенности периода новорожденности не являются:

5

- 1) самостоятельное дыхание
- 2) включение в гемодинамику малого круга кровообращения
- 3) энтеральное питание
- 4) недостаточная терморегуляция
- 5) дифференцированная работа коры головного мозга

10. Массо-ростовой показатель у доношенных новорожденных детей в среднем составляет:

3

- 1) 40-50
- 2) 50-60
- 3) 60-70
- 4) 70-80
- 5) 80-90

11. Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:

3

- 1) 45-47
- 2) 47-49
- 3) 50-53
- 4) 53-55
- 5) 55-56

12. Окружность головы при рождении по сравнению с окружностью груди:

3

- 1) меньше на 1-2 см
- 2) одинаковы
- 3) больше на 1-2 см
- 4) меньше на 0,5 см
- 5) больше на 4-5 см

13. Окружность головы к 1 году жизни по сравнению с окружностью груди:

3

- 1) больше на 2-3 см
- 2) одинаковы
- 3) меньше на 1-2 см
- 4) больше на 1-2 см
- 5) больше на 5-6 см

14. Недоношенным считается ребенок, родившийся в сроке беременности (нед):

4

- 1) 38
- 2) 39
- 3) 40
- 4) 37 и ранее
- 5) 43

15. Для недоношенного ребенка характерны все признаки, кроме:

3

- 1) тонкая гиперемизированная кожа
- 2) выраженное лануго
- 3) нагрубание молочных желез
- 4) крипторхизм
- 5) мягкие ушные раковины

16. Данные исследования физического развития по таблицам стандартных отклонений для мальчиков: весовая кривая с рождения от -1СО до + 2СО. Оцените физическое развитие.

1

- 1) нормальное
- 2) умеренное нарушение питания
- 3) острое нарушение
- 4) хроническое нарушение

17. За первое полугодие жизни ребенок прибавляет (в граммах):

5

- 1) 1400
- 2) 2200
- 3) 2950
- 4) 3650
- 5) 4300

18. В среднем масса тела годовалого ребенка равна (кг):

2

- 1) 8, 5
- 2) 10, 5
- 3) 11, 0
- 4) 11, 5
- 5) 12, 0

19. В среднем ежегодная прибавка массы тела после 2 лет (кг):

1

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

5) 6

20. В первом полугодии жизни ребенок прибавляет (в граммах):

5

1) 400

2) 500

3) 600

4) 700

5) 800

21. В первой четверти первого года жизни ребенок прибавляет в длине тела ежемесячно (см):

4

1) 1,0

2) 1,5

3) 2,0

4) 3,0

5) 4,0

22. Ребенку 2 недели. Температура воды для гигиенической ванны должна быть:

4

1) 25-17

2) 30-32

3) 33-35

4) 36-37

5) 39-40

23. 5-ти месячного ребенка следует купать:

1

1) ежедневно

2) через день

- 3) 2 раза в неделю
- 4) 1 раз в неделю
- 5) 2 раза в месяц

24. Какая масса тела (в кг) должна быть у ребенка в возрасте 3-х месяцев, родившегося с массой тела 3000г:

- 4
- 1) 3,5-4,0
- 2) 4,1-4,5
- 3) 4,6-5,0
- 4) 5,1-5,5
- 5) 5,6-6,0

25. Пик физиологической убыли массы у новорожденных наблюдается на:

- 2
- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 10-12
- 4) 12-15 день

26. Ежемесячная прибавка массы во 2-м полугодии (в гр.):

- 4
- 1) 800
- 2) 750
- 3) 300
- 4) 400
- 5) 500

27. Масса ребенка при рождении 3200г, долженствующая масса в 2 месяца составляет в г:

- 1
- 1) 4600

2) 5300

3) 5400

4) 6000

5) 4000

28. Рост ребенка при рождении 51 см, в 3 месяца рост в среднем должен быть в см:

2

1) 58

2) 60

3) 61

4) 62

5) 64

29. Средний рост ребенка в 1 год составляет (в см) :

4

1) 60

2) 65

3) 70

4) 75

5) 80

30. Масса здорового ребенка в 4 года в среднем равна в кг:

4

1) 15

2) 16

3) 17,5

4) 18

5) 19

31. Рост здорового ребенка в 6 лет в среднем равен в см:

4

1) 100

2) 105

3) 110

4) 115

5) 120

32. Акселерации не отмечается в возрасте:

4

1) внутриутробном

2) грудном

3) преддошкольном

4) у взрослых

5) школьном

33. В определении недоношенности не входит:

3

1) срок гестации

2) масса ребенка

3) высокая температура тела

4) мышечная гипотония

5) снижение физиологических рефлексов

34. Признаками, не характерными для недоношенного ребенка, являются:

3

1) масса ниже 2400 г

2) срок гестации менее 38 недель

3) срок гестации 40 недель

4) длина тела менее 45 см

5) признаки морфо-функциональной незрелости

35. Ребенок начинает удерживать головку к (мес.):

5

1) 4,0

2) 4,5

3) 3,0

4) 3,5

5) 1,5

36. Ползание ребенка устанавливается к (мес.):

3

1) 3-4

2) 5-6

3) 7-8

4) 9-10

5) 11-12

37. Особенностью вегетативной нервной системы у новорожденного являются:

2

1) ваготония

2) симпатикотония

3) периферические ветви n.vagus миелинизированы

4) периферические ветви n. vagus заканчивают миелинизироваться к 6 годам

5) имеется равновесие между симпатической и парасимпатической нервной системами

38. К безусловным рефлексам орального автоматизма периода новорожденности не относятся:

3

1) сосательный

2) хоботковый

3) защитный

4) ладонно-ротовой

5) поисковый

39. Большинство детей начинают ходить в возрасте (в мес.):

4

1) 4-5

2) 6-7

3) 8-9

4) 12-13

5) 14-15

40. У новорожденного развиты только следующие структуры головного мозга:

1

1) крупные борозды и извилины

2) мелкие борозды

3) аксоны и дендриты

4) нервные центры, стриарное, тело, пирамидные пути

5) миелинизация клеток и проводящих путей

41. Анатомо-физиологическими и функциональными особенностями развития клеток коры головного мозга новорожденных является все, кроме:

3

1) охранительное торможение

2) недостаточное развитие коры головного мозга

3) целенаправленность движений

4) бессознательные, атетозоподобные движения

5) регуляция жизненных функций таламопалидарной системой

42. К особенностям спинного мозга при рождении относится все перечисленное, кроме:

3

1) масса -20 гр

- 2) нижний сегмент расположен на уровне 3 поясничного позвонка
- 3) нижний сегмент расположен между 1 и 2 грудным позвонком
- 4) по строению и функционально более совершенен, чем головной мозг
- 5) миелинизация рогов спинного мозга происходит уже внутриутробно

43. Рефлексы Бабинского являются нормальными для детей в возрасте до:

3

- 1) 6 мес.
- 2) 1 года
- 3) 2 лет
- 4) 3 лет
- 5) 4 лет

44. Выберите показатели нормального развития ребенка в возрасте 1 месяца

1

- 1) слежение взглядом за движущимся предметом
- 2) зрительное сосредоточение
- 3) слуховое сосредоточение
- 4) узнает близких
- 5) приподнимание головки в положении лежа на спине

45. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 3 месяца:

1

- 1) хорошо держит головку в вертикальном положении и лежа на животе
- 2) имеются атетозоподобные движения, гипертонус сгибателей, симптомы натяжения
- 3) бодрствует между кормлениями 3-3, 5 часа, общий сон 15-16 суток
- 4) тянется к предметам руками, захватывает их
- 5) фиксирует взор, не узнает мать

46. К психомоторному развитию ребенка в 6 месяцев относится все, кроме:

2

- 1) 2-3 разовый дневной сон
- 2) имеются безусловные врожденные рефлексы (хватательный, автоматической ходьбы)
- 3) самостоятельно сидит
- 4) переворачивается в постели
- 5) удерживает длительно игрушки, тянет их в рот, бросает, произносит отдельные слоги

47. "Сенсорная речь" возникает в возрасте (мес.):

3

- 1) 2-3
- 2) 4-5
- 3) 7-8
- 4) 9-10
- 5) 11-12

48. Словарный запас к году жизни составляет (слов):

3

- 1) 2
- 2) 5 – 6
- 3) 8-10
- 4) 20 –24
- 5) 30 –40

49. Кожа новорожденных не характеризуется:

3

- 1) богата водой
- 2) покрыта толстым слоем творожистой смазки
- 3) морфологической зрелостью
- 4) отличается повышенной резорбционной способностью

5) имеется недостаточность местного иммунитета

50. Особенностью окраски кожи новорожденных является все, кроме:

1

1) физиологическая желтушность к 9 дню жизни

2) бледно – розовый цвет в первые сутки жизни

3) физиологическая желтушность кожи в первые 2-3 дня жизни

4) пигментные пятна

5) монголоидные пятна в области крестца

51. Физиологическая желтуха начинается у новорожденных на (сутки):

1

1) 2-е

2) 6-е

3) 7-е

4) 8-е

5) 9-е

52. Потовые железы детей раннего возраста характеризуется всем, кроме:

1

1) функционируют хорошо с момента рождения

2) отмечается их функциональная недостаточность

3) недоразвиты их выводящие протоки к моменту рождения

4) по темпам становления функция потоотделения наиболее высока на 2 году жизни

53. У детей раннего возраста хорошо развиты следующие функции кожи, кроме:

2

1) выделительная

2) защитная

3) дыхательная

4) пигментно-и витаминообразовательная

5) нейрорецепторная

54. В какие сроки беременности действовали повреждающие факторы, если у ребенка обнаруживаются врожденные пороки:

1

1) 4-8 недель

2) 12-14 недель

3) 14-16 недель

4) 20-25 недель

5) 28-32 недель

55. Потовые железы детей раннего возраста:

4

1) отсутствуют при рождении

2) при рождении количество меньше чем у взрослых

3) начинают функционировать внутриутробно

4) достаточно функционируют с 3-4 мес.

5) не функционируют при рахите

56. Волосы у детей характеризуются:

3

1) обильным зародышевым пушком при рождении

2) быстрым ростом в первые 2 года

3) медленным ростом в первые 2 года

4) толщина волос у новорожденного существенно больше, чем у старших детей

5) ресницы при рождении хорошо развиты

57. Крик здорового новорожденного:

5

- 1) пронзительный (мозговой)
- 2) монотонный
- 3) гнусавый
- 4) по типу «кошачьего крика»
- 5) громкий, эмоциональный

58. Легкость повреждения и инфицирования кожи у грудных детей обусловлена:

3

- 1) утолщением рогового слоя
- 2) толстым, рыхлым зернистым слоем
- 3) склонностью к мацерации
- 4) щелочной реакцией (Ph) кожи
- 5) зрелостью местного иммунитета

59. Хороший тургор тканей у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми связан с:

5

- 1) слабым развитием подкожно-жирового слоя
- 2) хорошим развитием мышц
- 3) большой плотностью базальной мембраны
- 4) меньшим содержанием воды
- 5) преобладанием в составе жира насыщенных жирных кислот

60. Особенность сальных желез у детей 1 года:

5

- 1) распространены только на туловище
- 2) сконцентрированы на ладонях, подошвах
- 3) начинают функционировать после рождения
- 4) начинают функционировать после года
- 5) при избыточном функционировании может возникать себорея волосистой части головы

61. Укажите физиологические изменения кожи:

4

- 1) токсическая эритема
- 2) потница
- 3) опрелость
- 4) физиологическое шелушение и эритема
- 5) ссадины

62. Сыровидная родовая смазка кожи является:

3

- 1) проявлением потертости
- 2) проявлением опрелости
- 3) состоит из жира, слущенного эпителия
- 4) содержит секрет потовых желез
- 5) содержит candida albicans

63. При хроническом нарушении питания дефицит массы тела (в %) составляет:

5

- 1) 10
- 2) 15
- 3) 20
- 4) 25
- 5) 30 и более

64. Основная функция бурой жировой ткани:

3

- 1) гликонеогенез
- 2) сократительный термогенез
- 3) несократительный термогенез

4) депо жира

5) депо гликогена

65. Бурая жировая ткань преимущественно локализуется у новорожденных:

3

1) в задне-шейной области

2) в подлопаточной области

3) вокруг почек

4) в подкожной клетчатке

5) вокруг суставов

66. Подкожно-жировая клетчатка у детей:

1

1) близка по составу к грудному молоку

2) содержит много жидких жирных кислот

3) содержит мало твердых жирных кислот

4) имеется бурая жировая ткань

5) содержит много иммуноглобулинов

67. Избыточная масса тела – это стандартные отклонения равные:

3

1) +1 CO

2) +2CO

3) +2CO до +3CO

4) +3CO

5) более + 3CO

68. Дефицит массы тела умеренной степени соответствует стандартным отклонениям в пределах:

3

- 1) - 1CO
- 2) -2CO
- 3) от -2CO до -3CO
- 4) -3CO
- 5) более – 3CO

69. Первое ядро окостенения в запястье появляется к (мес):

- 5
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5
 - 5) 6

70. У ребенка к 12 месяцам жизни прорезывается молочных зубов (к-во):

- 3
- 1) 4
 - 2) 6
 - 3) 8
 - 4) 10
 - 5) 12

71. Шейный изгиб у грудных детей формируется при:

- 2
- 1) гулении
 - 2) держании головы
 - 3) переворачивании со спины на живот
 - 4) ползании
 - 5) стоянии

72. Меньшая частота переломов костей у детей обусловлена всем, кроме:

1

- 1) большим содержанием минеральных веществ
- 2) большим содержанием органических веществ
- 3) большим содержанием воды
- 4) толстой надкостницей
- 5) волокнистым строением костной ткани

73. Поднадкостничные переломы у детей объясняются:

2

- 1) обильным кровоснабжением костной ткани
- 2) толстой надкостницей
- 3) эластичностью костей
- 4) большим содержанием воды
- 5) обилием минеральных солей

74. Формула подсчета молочных зубов:

3

- 1) $p-2$
- 2) $p-3$
- 3) $p-4$
- 4) $p-5$
- 5) $p-6$

75. В норме большой родничок у ребенка закрывается к (мес):

2

- 1) 7
- 2) 18
- 3) 3
- 4) 5

5) 10

76. Малый родничок открыт у новорожденных (в процентах):

5

1) 100

2) 80

3) 60

4) 45

5) 25

77. Ребра у новорожденных расположены:

2

1) косо

2) горизонтально

3) вертикально

4) наклонно

5) неопределенно

78. Прорезывание молочных зубов заканчивается к возрасту:

3

1) 1-1,5 года

2) 1,5-2 года

3) 2-2,5 года

4) 2,5-3 года

5) 3-3,5 года

79. Постоянные зубы появляются в возрасте:

3

1) 3-4 года

2) 4-5 лет

3) 5-6 лет

4) 7-8 лет

5) 8-10 лет

80. У новорожденного ребенка открыты все швы черепа, кроме :

2

1) стреловидный

2) лобный

3) венечный

4) затылочный

81. Костный возраст определяется по:

1

1) срокам появления точек окостенения

2) уровню кальция и фосфора в биохимическом анализе крови

3) уровню паратгормона

4) уровню развития мышечной силы

5) степени развития статических навыков

82. Особенностью мышечной системы у детей являются все, кроме:

2

1) тонкие миофибриллы

2) рост за счет числа миофибрилл

3) рост за счет утолщения миофибрилл

4) быстрое вымывание молочной кислоты

5) бедность сократительными белками

83. У здорового доношенного ребенка до 4 месяцев отмечаются следующие особенности тонуса мышц:

1

1) руки согнуты в локтях

- 2) руки разогнуты в локтях
- 3) наблюдается свисание верхних и нижних конечностей
- 4) отмечается общая гипотония
- 4) общая мышечная гипертония

84. Мышцы новорожденных характеризуется:

3

- 1) высокой возбудимостью
- 2) преобладанием тонуса разгибателей
- 3) преобладанием тонуса сгибателей
- 4) низким кровоснабжением
- 5) большим содержанием сократительных белков (актина и миозина)

85. Масса сердца у новорожденных составляет в % от массы тела:

1

- 1) 0,8
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,0
- 5) 3,0

86. Смешивание артериальной и венозной крови у плода происходит в

3

- 1) аранциевом протоке
- 2) артериальном протоке
- 3) нижней полой вене
- 4) правом предсердии
- 5) левом предсердии

87. Высокий уровень выносливости и трудоспособности детского сердца связан с:

2

- 1) относительно малой его массой
- 2) лучшим кровоснабжением
- 3) наличием очагов хронических инфекций
- 4) тонзиллогенной интоксикаций
- 5) особенностями иннервации

88. Первое сокращение сердца во внутриутробном периоде происходит на:

2

- 1) 3-й неделе
- 2) 4-й неделе
- 3) 6-й неделе
- 4) 7-й неделе
- 5) 8-й неделе

89. Внутриутробное кровообращение: венозная кровь из верхней полой вены направляется в:

4

- 1) легочную артерию
- 2) левое предсердие
- 3) артериальный проток (Баталов проток)
- 4) правое предсердие
- 5) правый желудочек

90. Систолическое артериальное давление у новорожденных детей (мм рт.ст):

4

- 1) 50
- 2) 60
- 3) 70
- 4) 80
- 5) 90

91. Артериальное давление у детей коррелирует с:

4

- 1) дыханием
- 2) длиной кишечника
- 3) высотой головы
- 4) физическим развитием
- 5) уровнем кортикостероидов крови

92. Частота пульса у 5-летнего ребенка в 1 минуту:

5

- 1) 140
- 2) 80
- 3) 120
- 4) 130
- 5) 100

93. Верхняя граница относительной сердечной тупости у здоровых детей до 2 лет жизни:

4

- 1) в 1-м межреберье
- 2) на 3-м ребре
- 3) во втором межреберье
- 4) на 2-м ребре
- 5) в 3-м межреберье

94. Частый пульс у новорожденных детей обусловлен:

3

- 1) повышенной физической нагрузкой
- 2) преобладанием влияния блуждающего нерва

- 3) преобладанием симпатической нервной системы
- 4) малыми размерами сердца
- 5) широкими просветами сосудов

95. Шунт через овальное окно перестает функционировать вследствие:

4

- 1) повышения давления в верхней полой вене
- 2) повышения сопротивления в легочном русле
- 3) увеличения притока в правое предсердие
- 4) увеличения притока в левое предсердие
- 5) повышения давления в нижней полой вене

96. Более частый пульс у детей объясняется:

4

- 1) переходом ребенка в вертикальное положение
- 2) активной двигательной деятельностью
- 3) особенностью обмена веществ
- 4) поздним развитием вагусной иннервации
- 5) незавершением тканевой дифференцировки миокарда

97. Анатомическое закрытие артериального протока происходит у большинства детей:

3

- 1) к рождению
- 2) в периоде новорожденности
- 3) к 2 месяцам
- 4) в первом полугодии
- 5) к концу 1 года

98. Формула систолического АД у детей после года:

3

- 1) 70+2п
- 2) 80+2п
- 3) 90+2п
- 4) 100+2п
- 5) 102+2п

99. Правая граница относительной сердечной тупости у детей от 2 до 7 лет:

- 1
- 1) немного кнутри от правой парастернальной линии
- 2) немного кнаружи от правой парастернальной линии
- 3) правый край грудины
- 4) по правой сосковой линии

100. Верхняя граница сердца опускается к 7 годам до:

- 3
- 1) 2-го ребра
- 2) 2-го межреберья
- 3) 3-го ребра
- 4) 3-го межреберья
- 5) 4-го ребра

101. Расширение границ сердца во все стороны наблюдается при:

- 1
- 1) выпотном перикардите
- 2) триаде Фалло
- 3) эндокардите
- 4) митральном стенозе
- 5) недостаточности митрального клапана

102. Систола-диастолический шум (машинный) во втором межреберье слева от грудины выслушивается при:

5

- 1) дефекте межжелудочковой перегородки
- 2) дефекте межпредсердной перегородки
- 3) стенозе легочной артерии
- 4) стенозе клапанов аорты
- 5) открытом артериальном протоке

103. Систолическое дрожание в области второго межреберья слева характерно для:

5

- 1) митрального стеноза
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) стеноза аорты
- 4) незаращения межжелудочковой перегородки
- 5) открытого артериального протока

104. Сердечный горб наблюдается при:

3

- 1) миокардите
- 2) эндокардите
- 3) врожденных пороках сердца
- 4) плеврите
- 5) пневмо-перикардальных спайках

105. Пульсация сонных артерий характерна для больного с недостаточностью клапана сердца:

3

- 1) митрального
- 2) трехстворчатого
- 3) аортального
- 4) легочной артерии

5) пролапса митрального клапана

106. Особенности ЭКГ у новорожденных:

2

1) левограмма

2) правограмма

3) низкий зубец Р

4) высокий зубец R

5) расширение комплекса QRS

107. Левая граница относительной сердечной тупости у детей до 2 лет находится по отношению к левой средне-ключичной линии (в см):

5

1) на 1,5 кнутри

2) на сосковой линии

3) на 0,5 кнаружи

4) на 1,0-1,5 кнаружи

5) на 1,5-2,0 кнаружи

108. У детей артериальное давление на ногах по сравнению с руками:

2

1) ниже

2) выше

3) одинаковое

109. Верхушечный толчок у детей до 2-х лет локализуется в:

2

1) III межреберье

2) IV межреберье

3) V межреберье

4) VI межреберье

110. Низкие цифры АД у детей раннего возраста обусловлены:

3

- 1) высоким ударным объемом
- 2) незрелостью вагусной регуляции
- 3) низким удельным сопротивлением периферических сосудов
- 4) узким просветом сосудов малого круга кровообращения
- 5) одинаковым диаметром сосудов и полостей сердца

111. К особенностям аускультативной картины сердца у детей относится все, кроме:

1

- 1) тоны приглушены
- 2) лабильный ритм
- 3) дыхательная аритмия
- 4) меньше паузы между тонами
- 5) акцент II тона над легочной артерией

112. Синдром подросткового (капельного) сердца не проявляется:

4

- 1) одышкой при физической нагрузке
- 2) обмороками, снижением АД
- 3) тахикардией
- 4) брадикардией
- 5) появлением шума в сердце

113. Признаками функционального шума сердца у детей все, кроме:

2

- 1) короткий
- 2) постоянный
- 3) тихий, мягкий тембр

- 4) не связан с тонами
- 5) меняется после физической нагрузки

114. Левое легкое состоит из долей:

- 2
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 6

115. Узкий просвет бронхов у детей раннего возраста способствует частому возникновению:

- 3
- 1) плевритов
 - 2) ложного крупа
 - 3) бронхита с синдромом обструкции
 - 4) стридорозного дыхания
 - 5) пневмонии

116. Причиной частого затрудненного дыхания у детей является все, кроме:

- 3
- 1) маленькая полость носа
 - 2) узкие носовые ходы
 - 3) недоразвитие кавернозных тел
 - 4) богатое кровоснабжение слизистой
 - 5) рыхлый подслизистый слой

117. Легочная ткань новорожденных отличается от старших детей:

- 2
- 1) обильным развитием коллагеновых волокон

- 2) значительным развитием кровеносных сосудов
- 3) хорошо развитой эластической тканью
- 4) недостаточно развитой фиброзной тканью
- 5) хорошо развитыми альвеолами

118. Затрудненное носовое дыхание у детей 1 года жизни объясняется всем, кроме:

5

- 1) толстыми раковинами
- 2) отсутствием нижнего носового хода
- 3) узостью носовых ходов
- 4) богатой васкуляризацией слизистых
- 5) сухостью слизистых оболочек

119. Границы легких у детей раннего и дошкольного возраста отличаются от взрослых:

5

- 1) расположены на 1 см ниже
- 2) расположены на 1, 5 см ниже
- 3) на 2 см ниже
- 4) на 1, 5-2 см выше
- 5) на 1 см выше

120. Пуэрильное дыхание над легкими выслушивается у детей до:

3

- 1) до 1 г.
- 2) до 2 лет
- 3) 2-7 лет
- 4) 7-13 лет
- 5) 13-15 лет

121. При дыхательной недостаточности 2 степени отмечается:

1

- 1) умеренная одышка
- 2) усиленный кряхтящий выдох
- 3) акроцианоз
- 4) отношение пульса к числу дыхания 3:1
- 5) поведение вялое, сознание сомнамбентное

122. Предрасположенность к ложному крупу у детей обусловлена:

2

- 1) широким просветом гортани
- 2) рыхлым подслизистым слоем
- 3) сниженной васкуляризацией
- 4) короткими голосовыми связками
- 5) высоким расположением гортани

123. Особенностью легочной ткани новорожденного являются все, кроме :

4

- 1) дефицит сурфактанта
- 2) недостаточное развитие эластической ткани
- 3) кровоснабжение обильное
- 4) хорошее развитие эластической ткани
- 5) меньшая воздушность, чем у старших детей

124. Поверхностный характер дыхания у детей раннего возраста

не связан с:

3

- 1) слабостью дыхательной мускулатуры
- 2) малым диаметром альвеол
- 3) наклонным положением ребер
- 4) недоразвитием эластической ткани

5) горизонтальным положением ребер

125. Число дыханий в 1 минуту у ребенка 1 года:

4

1) 15-20

2) 20-25

3) 25-30

4) 30-35

5) 35-40

126. При ДН 1 отмечается:

3

1) одышка в покое

2) участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры

3) периоральный цианоз при беспокойстве

4) бледность лица

5) отношение пульса к числу дыхания П\Д 4:1

127. При перкуторном обследовании грудной клетки больных с бронхиальной астмой выявляют:

2

1) укорочение перкуторного звука в нижне-задних отделах грудной клетки

2) коробочный звук, опущение нижних границ легких

3) притупление легочного звука

4) "бедренный" звук

5) "легочной" звук

128. У детей раннего возраста аускультативно выслушивается дыхание:

1

1) пуэрильное

2) ларингеальное

- 3) бронхиальное
- 4) жесткое
- 5) ослабленное

129. Тип дыхания у детей зависит от:

- 1
- 1) возраста
 - 2) физической нагрузки
 - 3) массы тела
 - 4) типа нервной системы
 - 5) типа конституции

130. При дыхательной недостаточности 3 степени отмечается:

- 3
- 1) одышка при физической нагрузке
 - 2) периодически парадоксальное дыхание
 - 3) генерализованный цианоз, который не проходит при дыхании 100% кислородом
 - 4) сомнолентное сознание
 - 5) генерализованная бледность

131. Частое возникновение ателектазов у детей раннего возраста объясняется:

- 5
- 1) широкими бронхиолами
 - 2) узкими бронхиолами
 - 3) обильным кровоснабжением
 - 4) обилием секрета
 - 5) бедностью легких эластическими волокнами

132. Формирование гайморовой пазухи заканчивается:

- 3

- 1) к рождению
- 2) к году
- 3) к 2-7годам
- 4) к 12 годам
- 5) к 16 годам

133. Аускультативно ослабленное дыхание наблюдается при:

4

- 1) миокардите
- 2) хроническом нарушении питания
- 3) ателектазе
- 4) плеврите
- 5) пневмотороксе

134. Неустойчивый ритм дыхания у детей первых месяцев жизни проявляется:

3

- 1) затрудненным носовым дыханием
- 2) апноэ до 20 секунд
- 3) чередованием поверхностных и глубоких вдохов
- 4) экспираторной одышкой после еды
- 5) появлением инспираторной одышки при нагрузке

135. Пузырьное дыхание у детей обусловлено:

2

- 1) уплотнением легочной ткани
- 2) примесью ларингеального дыхания
- 3) широким просветом бронхов
- 4) недоразвитием гайморовых пазух
- 5) узостью носовых ходов

136. Пуэрильное дыхание у детей выслушивается в возрасте:

3

- 1) 5 до 10 лет
- 2) 1 года до 8 лет
- 3) 6 мес. до 5-7 лет
- 4) рождения до 4 лет

137. Частота дыханий новорожденного ребенка:

2

- 1) 60-70 в мин.
- 2) 40-60 в мин.
- 3) 40-30 в мин.
- 4) 30-25 в мин.
- 5) 20-18 в мин.

138. Частота дыханий у детей в 5лет:

3

- 1) 30-32 в мин.
- 2) 28-30 в мин.
- 3) 23-25 в мин.
- 4) 20-22 в мин.
- 5) 18-20 в мин.

139. Частота дыханий у подростков:

4

- 1) 26-24 в мин.
- 2) 22-20 в мин.
- 3) 18-20 в мин.
- 4) 16-18 в мин.
- 5) 14-12 в мин.

140. Соотношение частоты дыхания и пульса у новорожденного:

3

1) 1:2

2) 1:2-2,5

3) 1:3-3,5

4) 1:4-4,5

5) 1:1,0-1,5

141. Нижняя граница легкого по средней подмышечной линии у детей определяется на уровне:

3

1) VI ребра

2) VII ребра

3) VIII ребра

4) IX ребра

5) X ребра

142. Нижняя граница легкого по лопаточной линии у детей определяется:

4

1) VII ребра

2) VIII ребра

3) IX ребра

4) X ребра

5) XI ребра

143. На заднюю поверхность грудной клетки не проецируются доли легкого:

5

1) верхняя

2) средняя

3) нижняя

4) все одновременно

5) язычковая

144. На переднюю поверхность грудной клетки слева проецируются доли легкого:

1

1) верхняя

2) средняя

3) нижняя

4) средняя и нижняя

5) язычковая

145. На боковую поверхность грудной клетки справа не проецируются доли легкого:

4

1) верхняя

2) средняя

3) нижняя

4) язычковая

5) все доли

146. Аускультативно при сухом перикардите у детей отмечается:

3

1) мягкий, нежный, систолический шум на верхушке

2) грубый, дующий, систолический шум на верхушке

3) скребущий, систолический шум по левому краю грудины, напоминающий «хруст снега», «скрип подошвы»

4) диастолический шум на верхушке

5) систолический шум во 2 межреберье справа

147. Качественными особенностями костномозгового кроветворения у детей не является:

3

- 1) функциональная лабильность
- 2) быстрый возврат к эмбриональному типу кроветворения
- 3) плохая регенерация
- 4) быстрая истощаемость
- 5) хорошая регенерация

148. К периодам внутриутробного кроветворения относятся все, кроме:

3

- 1) селезеночный
- 2) мегалобластический
- 3) плацентарный
- 4) печеночный
- 5) костномозговой

149. Основной формой гемоглобина внутриутробно является:

2

- 1) гемоглобин-А
- 2) фетальный гемоглобин- F
- 3) гемоглобин- D
- 4) гемоглобин- S
- 5) гемоглобин- T

150. Содержание эритроцитов и гемоглобина через несколько часов после рождения:

1

- 1) увеличено
- 2) уменьшено
- 3) количество эритроцитов и Hb не изменено
- 4) уменьшена концентрация Hb
- 5) увеличена концентрация только Hb

151. Лейкоциты у ребенка при рождении равны ($\times 10^9/\text{л}$):

2

- 1) 2-8
- 2) 10-30
- 3) 30-40
- 4) 40-50
- 5) 50-60

152. Физиологический лимфоцитоз у детей отмечается в возрасте:

2

- 1) 0-5 дней
- 2) 5дней-5лет
- 3) 5-8лет
- 4) 9-12лет
- 5) 12-15лет

153. Физиологический эритроцитоз новорожденного вызван:

2

- 1) переходом окситоцина от матери
- 2) внутриутробной гипоксемией плода
- 3) усиленной выработкой паратгормона
- 4) усилением эритродиапедеза у плода
- 5) алкалозом

154. Количество эритроцитов у ребенка первого дня жизни составляет (млн.):

2

- 1) 8,0-9,0
- 2) 6,0-7,0
- 3) 5,0-6,0
- 4) 4,5-5,0

5) 4,0-4,5

155. Гемоглобин у ребенка первого дня жизни в среднем равен (в г/л):

5

1) 140

2) 150

3) 160

4) 170

5) 240

156. Первый физиологический перекрест нейтрофилов с лимфоцитами происходит (на день жизни):

4

1) 20-19

2) 15-16

3) 10-11

4) 5-6

5) 2-3

157. Количество нейтрофилов в первый день жизни составляет (в процентах):

5

1) 20-30

2) 31-40

3) 41-50

4) 51-60

5) 61-70

158. Физиологическая анемия чаще всего наблюдается у детей в возрасте от (мес.):

5

1) 2-3

2) 4-5

3) 6-7

4) 8-9

5) 5-6

159. Кроветворение у детей сохраняется только в плоских костях с возраста (лет):

5

1) 1-3

2) 4-6

3) 7-9

4) 9-11

5) 12-15

160. В лимфоузлах у детей продуцируются:

3

1) эритроциты

2) моноциты

3) лимфоциты

4) тромбоциты

5) нейтрофиллы

161. Внутриутробно костномозговое кроветворение начинается с (мес.):

4

1) 2

2) 3

3) 4

4) 5

5) 6

162. Дефицит железа у новорожденных обусловлен:

1

- 1) анемией матери
- 2) переносенностью
- 3) гипервентиляцией легких после рождения
- 4) внутриутробной гипоксией

163. Второй перекрест нейтрофилов и лимфоцитов отмечается (лет):

3

- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8
- 5) 9-10

164. Красная кровь новорожденного не характеризуется:

5

- 1) анизоцитозом
- 2) нормобластозом
- 3) ретикулоцитозом
- 4) пойкилоцитозом
- 5) лимфобластозом

165. Физиологическая анемия не может быть вызвана:

2

- 1) быстрым нарастанием массы тела
- 2) исчезновением гипоксии
- 3) увеличением ОЦК
- 4) недостаточной выработкой эритропоэтинов
- 5) недостаточным поступлением с пищей железа

166. Содержание ретикулоцитов при рождении:

3

- 1) незначительно повышено
- 2) низкое
- 3) значительно повышено
- 4) как у взрослых
- 5) отсутствуют

167. Содержание ретикулоцитов в динамике после рождения :

1

- 1) уменьшается
- 2) повышается
- 3) не изменяется
- 4) уменьшается и вновь увеличивается
- 5) увеличивается и вновь уменьшается

168. На активность процессов регенерации красной крови указывает:

2

- 1) анизоцитоз
- 2) ретикулоцитоз
- 3) эритробластоз
- 4) пойкилоцитоз
- 5) полихроматофилия

169. Под анемией у детей 1 года жизни понимается снижение количества гемоглобина менее (г\л):

4

- 1) 180
- 2) 150
- 3) 130
- 4) 120
- 5) 110

170. Под анемией понимается снижение количества эритроцитов менее (млн.):

5

1) 5,5

2) 5,0

3) 4,5

4) 4,0

5) 3,5

171. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) при рождении у детей (мм/час):

1

1) резко замедлена

2) ускорена

3) одинаковая для всех периодов детства

4) такая же как у взрослых

5) выше 10 мм час

172. Гемоглобины Р и F обладают:

2

1) низким сродством к кислороду

2) высоким сродством к кислороду

3) большим содержанием белка

4) меньшим содержанием белка

5) меньшим содержанием железа

173. Для крови новорожденного не характерны:

4

1) эритроцитоз

2) ретикулоцитоз

3) лейкоцитоз

4) лейкопения

5) нейтрофилез со сдвигом влево

174. Падение гемоглобина в первую неделю жизни у здорового доношенного новорожденного связано с:

1

1) естественным гемолизом эритроцитов

2) торможением функции костного мозга

3) активацией ретикуло-гистиоцитарной системы

4) снижением выработки эритроцитов

5) гиперфункцией селезенки

175. Т-лимфоциты отвечают за:

3

1) плацентарный иммунитет

2) гуморальный иммунитет

3) клеточный иммунитет

4) выработку иммуноглобулинов М и G

5) выработку иммуноглобулина А

176. Особенности лейкоцитарной формулы крови ребенка при рождении:

1

1) нейтрофилез со сдвигом влево

2) нейтрофилез со сдвигом вправо

3) нейтропения

4) лимфоцитоз

5) лимфопения

177. Разрушение эритроцитов после рождения клинически проявляется:

2

1) транзиторной лихорадкой

- 2) физиологической желтухой
- 3) мочекислым инфарктом почек
- 4) тахикардией
- 5) физиологическим учащением дыхания

178. Гематокрит у новорожденных (%):

- 1
- 1) 54-55
- 2) 34-36
- 3) 25-30
- 4) 18-20
- 5) 15-16

179. Вязкость крови не зависит от:

- 1
- 1) количества тромбоцитов
- 2) количества белка
- 3) количества форменных элементов
- 4) вязкости плазмы
- 5) газового состава крови

180. При легкой степени анемии Hb в крови составляет(г/л):

- 4
- 1)80
- 2)90
- 3)100
- 4)110
- 5)125

181. При среднетяжелой анемии содержание Hb в крови составляет (г/л):

4

1)50

2)60

3)70

4)80

5)110

182. При тяжелой анемии содержание Hb в крови составляет (г/л):

3

1)110

2)100

3)70

4)80

5)90

183.Сдвиг лейкоцитарной формулы влево - это:

2

1) увеличение сегментоядерных нейтрофилов

2) увеличение палочкоядерных нейтрофилов

3) увеличение только нейтрофилов

4) уменьшение миелоцитов

5) уменьшение сегментоядерных нейтрофилов

184.Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо – это:

1

1) увеличение сегментоядерных нейтрофилов

2) увеличение палочкоядерных нейтрофилов

3) увеличение юных нейтрофилов

4) увеличение миелоцитов

5) уменьшение сегментоядерных нейтрофилов

185. Нейтрофилез не наблюдается при:

5

- 1) гнойно-септическом состоянии
- 2) скарлатине
- 3) кори
- 4) пневмонии
- 5) отите

186. Нейтропения наблюдается при:

5

- 1) гнойно-воспалительном процессе
- 2) пневмонии
- 3) фурункулезе
- 4) остеомиелите
- 5) вирусных респираторных инфекциях

187. Лимфоцитоз наблюдается при:

2

- 1) гнойных инфекциях
- 2) мононуклеозе
- 3) пневмонии
- 4) лейкозе
- 5) сепсисе

188. Моноцитоз не наблюдается при :

3

- 1) краснухе
- 2) дифтерии
- 3) сепсисе

4) эпид.паротите

5) малярии

189.Эозинофилия отмечается при:

4

1) брюшном тифе

2) сепсисе

3) тонзилите

4) глистных инвазиях

5) менингите

190. Тромбоцитопения наблюдается при:

3

1) эксудативном диатезе

2) гипопластической анемии

3) болезни Верльгофа

4) геморрагическом васкулите

5) гемофилии

191.Продолжительность кровотечения по Дукке равна (мин.):

2

1) 1-2

2) 2-4

3) 4-6

4) 6-8

5) 8-10

192.Время свертывания крови по Ли и Уайту (мин.):

4

1) 1-2

- 2) 2-4
- 3) 4-6
- 4) 6-10
- 5) 11-18

193.Начало плазменного свертывания крови – это активация :

2

- 1) активного тромбопластина плазмы
- 2) фактора Хагелямана
- 3) тканевого фактора
- 4) тромбина
- 5) фибрина

194.На 1млн. эритроцитов в норме приходится тромбоцитов (тыс.):

4

- 1)10-20
- 2)25-30
- 3)35-40
- 4)50-70
- 5)80-100

195. Главная функция тромбоцитов - это:

1

- 1) ангиотрофическая
- 2) коагуляционная
- 3) адгезивно-агрегационная
- 4) участие в спазме сосудов
- 5) ретракция кровяного сгустка

196.К особенностям строения почек у детей относятся все, кроме:

3

- 1) дольчатый характер строения
- 2) малые размеры клубочков
- 3) корковый слой развит хорошо
- 4) корковый слой развит плохо
- 5) жировая капсула развита плохо

197. Относительная недостаточность клубочкового аппарата почек

у детей раннего возраста связана с :

1

- 1) наличием кубического эпителия фильтрующих мембран
- 2) большими размерами клубочков
- 3) малым числом клубочков
- 4) короткими канальцами
- 5) функциональной недостаточностью канальцев

198. Высокая чувствительность почек к гипоксии у детей определяется:

1

- 1) обильным кровоснабжением
- 2) недостаточной зрелостью клубочков
- 3) незрелостью канальцев
- 4) высоким гидростатическим давлением
- 5) низким онкотическим давлением плазмы

199. Почечные лоханки у детей:

1

- 1) хорошо развиты
- 2) плохо развиты
- 3) расположены преимущественно внепочечно
- 4) имеют пиелэктозию

5) имеют развитую мышечную и эластическую ткань

200. Канальцы почек у новорожденных по сравнению с детьми более старшего возраста:

2

- 1) длиннее
- 2) короче
- 3) широкие
- 4) плоские
- 5) извитые

201. Мочеточники у детей по сравнению со взрослыми:

2

- 1) относительно меньше в диаметре
- 2) относительно больше в диаметре
- 3) относительно короче
- 4) длиннее без изгибов
- 5) более прямые

202. Емкость мочевого пузыря у новорожденного составляет (мл.):

5

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 40
- 5) 50

203. Перемещение почек у детей из тазовой полости в брюшную происходит:

5

- 1) к рождению
- 2) к 1 месяцу

- 3) к 6 месяцам
- 4) к 9 месяцам
- 5) к 2 годам

204. Количество суточного диуреза у ребенка вычисляется по формуле:

2

- 1) $500+100x(n-1)$
- 2) $600+100(n-1)$
- 3) $500+100x(n+1)$
- 4) $600+100x(n+1)$
- 5) $700+100x(n-1)$

205. Почка обладает внутрисекреторной функцией и вырабатывает:

1

- 1) эритропоэтин
- 2) цитраты
- 3) витамин В1
- 4) урокиназу и местные тканевые гормоны (кинины, простагландины)
- 5) осуществляет преобразование щелочной фосфатазы

206. Емкость мочевого пузыря у годовалого ребенка (в мл):

5

- 1) 30
- 2) 35
- 3) 50
- 4) 60
- 5) 100

207. Основной орган выделения у плода :

3

- 1) почки
- 2) желточный мешок
- 3) плацента
- 4) кишечник
- 5) печень

208. Число мочеиспусканий в сутки у грудного ребенка:

- 3
- 1) 7
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20
- 5) 25

209. Мочевым синдромом при заболеваниях почек не являются:

- 2
- 1) протеинурия
- 2) бактериемия
- 3) гематурия
- 4) пиурия
- 5) цилиндрουрия

210. Преимущественная локализация морфологических изменений в почках при пиелонефрите:

- 2
- 1) в клубочках
- 2) в интерстициальной ткани
- 3) в эластической ткани
- 4) только в канальцах
- 5) в мочеточниках

211. Гематурия наблюдается при:

1

- 1) нефритах
- 2) обменных нефропатиях
- 3) пиелонефрите
- 4) нефроптозе
- 5) блуждающей почке

212. Пиурия наиболее характерна для:

5

- 1) гломерулонефрита
- 2) наследственного нефрита
- 3) мочекаменной болезни
- 4) дизметаболической нефропатии
- 5) пиелонефрита

213. К патологическим находкам в моче при пиелонефрите относятся все, кроме:

2

- 1) моча становится мутной
- 2) сахар в моче
- 3) в осадке множество лейкоцитов
- 4) большое количество эпителиальных клеток
- 5) большое количество микробов

214. Олигурия (уменьшение суточного количества мочи), не наблюдается при:

5

- 1) лихорадочных заболеваниях
- 2) рвоте, поносе
- 3) сердечно-сосудистой недостаточности
- 4) острой почечной недостаточности

5) врожденных пороках развития почек

215. Полиурия не встречается:

5

- 1) при сахарном диабете
- 2) в период схождения отеков
- 3) при обильном питье
- 4) при несахарном диабете
- 5) при обменной нефропатии

216. Высокая плотность мочи (более 1028) наблюдается при:

3

- 1) при водной нагрузке
- 2) при поллакурии
- 3) сахарном диабете
- 4) подковообразной почке
- 5) пиелонефрите

217. Непатологические изменения со стороны почек в периоде новорожденности:

3

- 1) олигоурия
- 2) сахар в моче
- 3) мочеислый инфаркт почек
- 4) лейкоцитурия
- 5) цилиндрурия

218. Скрытые отеки выявляют при проведении:

1

- 1) пробы Мак-Клюра-Олдрича
- 2) пробы Зимницкого

- 3) пробы на сухоедение
- 4) пробы Нечипоренко
- 5) измерении диуреза

219. При пробе Мак-Клюра- Олдрича у здоровых детей 1 года жизни волдырь рассасывается за (мин.):

- 3
- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 25
- 5) 30

220. При пробе Мак-Клюра-Олдрича у здоровых детей в возрасте от 1 до 5 лет волдырь рассасывается за (мин.):

- 3
- 1) 15
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30
- 5) 40

221. При пробе Мак-Клюра – Олдрича у детей старшего возраста и взрослых волдырь рассасывается за (мин.):

- 5
- 1) 15
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 35
- 5) после 40

222.Проба Зимницкого отражает функцию почек:

2

- 1) обмена витамина Д
- 2) концентрационную
- 3) секреторную
- 4) регуляции кислотно-щелочного равновесия
- 5) обмена фосфатов

223.Легкость перехода инфекции из кишечника в почки у детей объясняется:

2

- 1) обильным кровоснабжением почек
- 2) непосредственным оттоком лимфы из кишечника в почки
- 3) несовершенством клубочкового аппарата
- 4) относительно низким расположением почек
- 5) слабым развитием околопочечной клетчатки

224. Гипостенурия – низкая плотность мочи (1002-1005) наблюдается при:

2

- 1) сухоедении
- 2) несахарном диабете
- 3) сахарном диабете
- 4) нефропатии беременных
- 5) при пиелонефрите

225.Высокая плотность мочи (1030 и более) не наблюдается при:

3

- 1) ограничении питья
- 2) сахарном диабете
- 3) несахарном диабете
- 4) эксикозе

5) высокой температуре воздуха

226.Количество эритроцитов по методу Аддиса-Каковского у здорового ребенка до:

4

- 1) 2 000
- 2) 2 000 000
- 3) 3 000 000
- 4) 1 000 000
- 5) 1 500 000

227. Количество лейкоцитов по методу Аддиса-Каковского у здорового ребенка до:

4

- 1) 1 000
- 2) 2 000
- 3) 1 000 000
- 4) 2 000 000
- 5) 3 000 000

228.Гематурия (макро- и микрогематурия) наблюдаются при:

3

- 1) обменных нефропатиях
- 2) пиелонефрите
- 3) мочекаменной болезни
- 4) вирусном гепатите
- 5) нефроптозе

229.Лейкоцитарные цилиндры в суточной моче наблюдается при:

4

- 1) нефрите
- 2) нефрозе

- 3) мочекаменной болезни
- 4) пиелонефрите
- 5) нефроптозе

230.Бактериурия наблюдается при:

3

- 1) гломерулонефрите
- 2) мочекаменной болезни
- 3) инфекциях мочевыводящих путей
- 4) молочнице
- 5) дизметаболических нефропатиях

231.Колебания удельной плотности мочи в пробе по Зимницкому менее 10-12 ед., свидетельствует о:

2

- 1) нормостенурии
- 2) изостенурии
- 3) олигурии
- 4) анурии
- 5) полиурии

232.Острое повреждение почек не может наблюдаться при:

5

- 1) гемолитико-уремическом синдроме
- 2) гломерулонефрите
- 3) пиелонефрите
- 4) почечном некрозе
- 5) рахите

233.Для острого повреждения почек не характерны:

4

- 1) отеки и асцит
- 2) увеличение азотистых шлаков в крови
- 3) увеличение клиренса креатинина
- 4) спленомегалия
- 5) гиперхолестеринемия

234. В общем анализе мочи у здорового ребенка обнаруживают:

- 1
- 1) следы белка до 0,033
- 2) сахар
- 3) эритроциты
- 4) цилиндры
- 5) клетки почечного эпителия

235. Количество лейкоцитов в пробе по Нечипоренко у здорового ребенка до:

- 2
- 1) 1 000
- 2) 2 000
- 3) 3 000
- 4) 4 000
- 5) 5 000

236. При обследовании органов мочевыделительной системы у детей до 2 лет не выявляется:

- 2
- 1) относительно большая величина почек
- 2) более высокое их расположение
- 3) возможность пальпации нижнего полюса почек
- 4) меньшую их подвижность
- 5) мочевой пузырь пальпируется над симфизом

237. К застою мочи у детей раннего возраста предрасполагают следующие особенности мочеточников:

5

- 1) широкий просвет
- 2) гиперплазия слизистой
- 3) хорошее развитие эластической ткани
- 4) хорошее развитие мышечной ткани
- 5) относительно длинные и извитые мочеточники

238. Соотношение дневного и ночного диуреза у здорового ребенка составляет:

4

- 1) 1 : 1
- 2) 1 : 2
- 3) 2 : 1
- 4) 3 : 1
- 5) 3 : 2

239. Обильное слюноотделение наблюдается у детей с возраста (мес):

2

- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 6-7
- 4) 8-9
- 5) 10-12

240. Особенности полости рта у новорожденного, не обеспечивающие нормальный акт сосания:

3

- 1) относительно малый объем полости рта и большой язык
- 2) хорошее развитие мышц языка, губ
- 3) недостаточное слюноотделение
- 4) поперечные складки на губах, комочки Биша в толще щек

5) валикообразные дубликатуры слизистой на деснах

241. Легкое травмирование слизистой оболочки полости рта

у детей первых месяцев жизни связано с:

3

- 1) частым кормлением грудью
- 2) кислой реакцией полости рта
- 3) сухостью вследствие гипосаливации
- 4) высокой активностью ферментов слюнных желез
- 5) периодом прорезывания зубов

242. У детей раннего возраста пищевод относительно:

1

- 1) короткий
- 2) длинный
- 3) широкий
- 4) извитой
- 5) уплотненный

243. У новорожденных кардиальный сфинктер желудка развит:

2

- 1) хорошо
- 2) слабо
- 3) плохо открывается
- 4) мышечный слой его толстый
- 5) рефлекса нет

244. Функциональными особенностями желудка у детей первого года жизни не являются:

2

- 1) низкая кислотность

- 2) высокая активность пепсина
- 3) высокая активность химозина
- 4) низкая протеолитическая активность
- 5) слабые защитные свойства секрета

245. Основным ферментом желудочного сока, створаживающим молоко, является:

2

- 1) пепсин (в присутствии соляной кислоты)
- 2) химозин (сычужный фермент, лабфермент)
- 3) липаза
- 4) амилаза
- 5) трипсин

246. Емкость желудка новорожденных на 4 сутки жизни в мл:

3

- 1) 7
- 2) 20-25
- 3) 30-35
- 4) 40-65
- 5) 100

247. Склонность детей первого года жизни к срыгиваниям объясняется тем, что:

3

- 1) расположение желудка косое
- 2) желудок расположен вертикально
- 3) слабо развита запирающая функция кардиального сфинктера
- 4) имеется слабый тонус пилорического отдела желудка
- 5) имеется недоразвитие пищеварительных желез

248. У детей грудного возраста кишечник превышает длину тела:

1

1) в 3 раза

2) в 4 раза

3) в 5 раза

4) в 6 раз

5) в 7 раз

249. Склонность к заворотам и инвагинациям у детей обусловлена:

3

1) симпатической иннервацией

2) недоразвитием мышечного слоя кишечника

3) длинной брыжейкой

4) коротким сальником

5) выраженной ворсинчатостью слизистой кишечника

250. Тонкий кишечник у детей в раннем возрасте не обладает :

5

1) большей всасывательной способностью, чем у взрослых

2) большей проницаемостью

3) низкой активностью ферментов

4) более интенсивным полостным пищеварением, чем мембранным

5) слабой васкуляризацией

251. Движения пищи у детей 1 года по желудочно-кишечному тракту:

1

1) происходит быстрее, чем у взрослых

2) происходит медленнее, чем у взрослых

3) при искусственном вскармливании пища проходит быстрее

4) при смешанном вскармливании пища проходит быстрее

5) вид вскармливания не имеет значения

252. Толстый кишечник у детей раннего возраста:

5

- 1) развит хорошо
- 2) имеет фиксированную брыжейку
- 3) ободочная кишка расположена под печенью
- 4) покрыт хорошо развитым салником
- 5) слабо развит мышечный слой

253. Нижний край печени выступает из-под реберья на 2 см и легко пальпируется у детей в возрасте до (число лет):

2

- 1) 2-3
- 2) 5-6
- 3) 7-8
- 4) 9-10
- 5) 11-12

254. Болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге у детей называется симптомом:

5

- 1) Аркавина
- 2) Кера
- 3) Мюссе
- 4) Шагана
- 5) Ортнера

255. Болевая точка в области проекции хвоста поджелудочной железы называется симптомом:

2

- 1) Дежардена
- 2) Мейо – Робсона

- 3) Кача
- 4) Шоффара
- 5) Гротта

256. Особенности прямой кишки у новорожденных:

2

- 1) длинная
- 2) слизистая оболочка слабо фиксирована
- 3) анальный сфинктер развит слабо
- 4) относительно короткая
- 5) хорошо развита ампула

257. К особенностям печени детей раннего возраста не относится:

4

- 1) большая величина по отношению к массе тела
- 2) легкость увеличения в размерах
- 3) хорошая способность к регенерации
- 4) высокая способность к детоксикации
- 5) функциональная незрелость

258. К функциональным особенностям поджелудочной железы у детей первого года жизни относятся все, кроме:

1

- 1) высокая активность амилазы
- 2) низкая активность липазы
- 3) низкая активность трипсина
- 4) с возрастом сначала нарастает активность трипсина, затем амилазы и липазы
- 5) становление ферментативной активности зависит от вида вскармливания

259. Характеристикой стула ребенка на естественном вскармливании не является:

3

- 1) золотисто-желтого цвета
- 2) кашицеобразный
- 3) число испражнений 1 раз в сутки
- 4) содержит много воды
- 5) имеет кислую реакцию

260. Стул ребенка на искусственном вскармливании:

2

- 1) с зеленью
- 2) замазкообразной консистенции
- 3) имеет кислый запах
- 4) содержит много воды
- 5) число испражнений через 1-2 часа

261.К гормонам регулирующие процессы лактации относятся :

4

- 1) адренокортикотропный
- 2) тиреотропный
- 3) соматотропный
- 4) пролактин
- 5) паратгормон

262. Режим кормления грудью подразумевает:

4

- 1) кормление только днем
- 2) ограничение времени кормления грудью 15 мин.
- 3) только когда ребенок плачет
- 4) кормление “по требованию” и “по потребности”
- 5) кормление строго по часам

263. Первые мероприятия после родов для становления лактации:

3

- 1) обработка глаз и кожи
- 2) обработка физиологических складок кожи
- 3) немедленное прикладывание к груди
- 4) взвешивание
- 5) купание ребенка

264. В зрелом женском молоке содержится белка(г/л):

2

- 1) 10-12
- 2) 12-15
- 3) 16-18
- 4) 18-20
- 5) 20-25

265. Здоровых новорожденных можно прикладывать после рождения к груди матери при отсутствии противопоказаний:

5

- 1) через сутки
- 2) через 2 часа
- 3) через 6 часов
- 4) через 12 часов
- 5) в первые 30 минут

266. Первое прикладывание абсолютно здорового ребенка к груди рекомендуется:

4

- 1) через два часа после рождения
- 2) через 6 часов
- 3) через 12 часов
- 4) сразу после рождения

5) на следующий день

267. Жирные кислоты женского молока богаты всем, кроме:

2

- 1) полиненасыщенными жирными кислотами (арахидоновая, линоленовая)
- 2) насыщенными жирными кислотами
- 3) способствуют синтезу простагландинов
- 4) способствуют развитию головного мозга
- 5) способствуют миелинизации нервных волокон

268. Правильная техника кормления грудью подразумевает:

4

- 1) туалет грудной железы мылом с водой
- 2) купаться перед кормлением
- 3) сцедить переднее молоко
- 4) приложить к груди сразу, без сцеживания
- 5) дать обе груди

269. Для сохранения естественного вскармливания необходимо:

3

- 1) увеличить сеть пунктов продажи и приготовления смесей
- 2) рекламировать поставку питательных смесей
- 3) ввести широкую пропаганду преимуществ естественного вскармливания
- 4) с первого месяца ввести в рацион ребенка соки
- 5) давать грудному ребенку воду

270. Уход за грудной железой с целью предупреждения трещин сосков и мастита подразумевает:

3

- 1) обмывание перед кормлением водой с мылом
- 2) обмывание перед кормлением дезраствором

- 3) смазывание сосков после кормления грудным молоком и высушивание их на воздухе
- 4) сцеживание первых капель молока
- 5) обработка соска 2% раствором борной кислоты

271. К углеводам женского молока относятся:

3

- 1) источник α -лактоз
- 2) источник галактозы
- 3) источник галактолипидов (фактор "ума")
- 4) стимулируют рост кишечной палочки
- 5) стимулируют рост грибковой инфекции

272. При естественном вскармливании у ребенка реже бывают желудочно-кишечные расстройства вследствие:

3

- 1) желчегонного влияния
- 2) пониженного содержания Б, Ж, У
- 3) бактерицидности грудного молока
- 4) стимуляции роста кишечной палочки
- 5) подавления роста бифидум бактерий

273. Преимуществами раннего прикладывания к груди являются все, кроме:

5

- 1) импринтинг
- 2) активное сосание ребенка
- 3) стимуляция лактации
- 4) увеличение выработки окситацина
- 5) уменьшение выработки окситацина

274. Преимуществом белков грудного молока является:

3

- 1) преобладание казеина
- 2) преобладание глобулинов
- 3) содержат все незаменимые аминокислоты
- 4) створаживается крупными хлопьями
- 5) близки по составу к белкам коровьего молока

275. Ценные свойства молозива заключаются во всем, за исключением:

1

- 1) повышенного содержания казеина
- 2) повышенного содержания белка
- 3) антисептического свойства за счет повышенного содержания Ig A и др. факторов
- 4) высокой энергетической ценности
- 5) высокого содержания минеральных солей и витаминов

276. Преимуществом грудного молока не является:

4

- 1) приспособленность к АФО организма ребенка
- 2) полное удовлетворение потребностей ребенка в Б, Ж, У
- 3) стерильность
- 4) высокое содержание белка
- 5) створаживание белка мелкими хлопьями

277. В женском молоке содержатся углеводы преимущественно в виде:

2

- 1) альфа-лактозы
- 2) бета-лактозы
- 3) галактозы
- 4) сахарозы
- 5) мальтозы

278. Белок коровьего молока представлен в основном:

1

1) казеином

2) альбуминами

3) глобулинами

4) незаменимыми аминокислотами

5) фракциями, створаживающимися мелкодисперстными хлопьями

279. В возрасте от 2 до 6 недель суточный объем молока по объемному способу подсчета составляет (часть от массы тела):

1

1) $1/5$

2) $1/6$

3) $1/7$

4) $1/8$

5) $1/9$

280. Суточный объем питания ребенка от 6 недель до 4 месяцев жизни составляет (часть от массы тела) :

2

1) $1/7$

2) $1/6$

3) $1/5$

4) $1./4$

5) $1/3$

281. Соотношение Б:Ж:У в женском молоке равно:

2

1) 1:2:4

2) 1:3:6

3) 1:4:6

4) 1:3:4

5) 0,25:1:3

282. Жиры грудного молока:

5

1) соотносятся с белками и углеводами 2:1:4

2) не эмульгированы

3) преобладают в первых порциях молока

4) содержат много насыщенных жирных кислот

5) имеют сродство к жирам ребенка

283. Для становления лактации и профилактики гипогалактии необходимо:

3

1) кормить по часам

2) кормить по 10 мин

3) кормить обеими грудями

4) соблюдать ночной перерыв

5) кормить в одном положении

284. Преимуществом естественного вскармливания не является:

2

1) оптимальное психо-моторное развитие ребенка

2) повышенная функциональная нагрузка на ЖКТ ребенка

3) обеспечение достаточной иммунной защиты

4) "импринг" и тесная психологическая связь с матерью

5) хорошее физическое развитие

285. Хорошая лактация матери не зависит:

1

1) от размеров грудной железы и формы соска

- 2) состояния здоровья матери, психологического и социального благополучия
- 3) правильного ведения беременности и родов
- 4) прикладывания к груди сразу после родов

286. К основным этиологическим факторам гипогалактии относятся все, кроме:

5

- 1) осложненное течение родов
- 2) нарушение техники кормления грудью
- 3) заболевания матери
- 4) позднее прикладывание ребенка к груди
- 5) влияние сезонов года

287. Прикорм при естественном вскармливании необходимо начать с возраста (мес.):

5

- 1) 4
- 2) 4,5
- 3) 5
- 4) 5,5
- 5) 6

288. Потребность в белках при естественном вскармливании до введения прикорма составляет(в г на 1 кг/массы):

1

- 1) 2-2,5
- 2) 3
- 3) 3,5
- 4) 4
- 5) 4,5

289. По объемному методу расчета суточного количества молока дети от 6 до 9 мес. жизни должны получать (часть от массы тела):

4

1) 1/5

2) 1/6

3) 1/7

4) 1/8

5) 1/9

290.Лучшим способом грудного кормления является прикладывание к груди:

5

1) через каждые 3 часа

2) 5 раз в день

3) 6 раз в день

4) 7 раз

5) по требованию ребенка

291.Показаниями к переводу ребенка на смешанное вскармливание являются:

1

1) истинная гипогалактия

2) введение прикорма

3) нежелание матери кормить ребенка грудным молоком

4) неуверенность в качестве белков, жиров, углеводов в материнском молоке

5) низкая общая и санитарная культура кормящей матери

292.Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:

1

1) острое психическое заболевание

2) хронические: сердечно-сосудистая, почечная, печеночная недостаточность

3) ожирение

4) сахарный диабет

5) дисфункция щитовидной железы

293.Заменителями грудного молока при искусственном вскармливании не являются:

4

- 1) коровье молоко
- 2) простые смеси
- 3) адаптированные смеси
- 4) донорское грудное молоко
- 5) кисломолочные смеси

294.К кисломолочным смесям не относятся:

1

- 1) адаптированные сухие смеси
- 2) биолакт
- 3) биолакт, обогащенный витаминами, микроэлементами, лизоцимом
- 4) кефир, балдырган, мацони
- 5) адаптированные смеси “биолакт”, “Балбобек”, “Бифилин”, “биолакт с лизоцимом”

295. К основным причинам роста процента детей, находящихся на искусственном вскармливании, относятся все, кроме:

1

- 1) современный ритм жизни
- 2) занятость женщин на производстве
- 3) нарушение техники и правил кормления грудью
- 4) плохая пропаганда естественного вскармливания
- 5) широкая реклама заменителей материнского молока

296. Адаптированными называют смеси, которые по составу:

1

- 1) приближены к женскому молоку
- 2) отличается от грудного молока
- 3) приближены к коровьему молоку

4) приближены к козьему молоку

5) пригодны для прикорма

297. К адаптированным молочным смесям относятся:

2

1) простые смеси

2) приближенные по составу к женскому молоку

3) смесь «Здоровье» с 6 мес

4) коровье молоко

5) кисломолочные смеси

298. К адаптированным молочным смесям относятся:

2

1) В-рис

2) Малыш, Малютка

3) Смесь «Здоровье»

4) смесь «Крепыш»

5) Биолакт

299. Наиболее богаты железом:

4

1) грудное молоко

2) коровье молоко

3) адаптированные смеси

4) мясные продукты

5) фрукты

300. Основным правилом введения докорма является:

2

1) докорм дается до кормления грудью

- 2) докорм дается после кормления грудью
- 3) дается в любом возрасте до 1 года
- 4) докорм дается между кормлениями
- 5) докорм дается перед сном

301. Особенности кисло-молочных смесей по сравнению со сладкими являются все, кроме:

2

- 1) более медленная эвакуация из желудка
- 2) более быстрая эвакуация из желудка
- 3) стимулируют перистальтику
- 4) нормализуют микрофлору кишечника
- 5) содержат биологически активные добавки
(бифидо-бактерин, лизоцим)

302. Недостатки кисло-молочных искусственных смесей:

1

- 1) способность вызывать накопление кислых радикалов
- 2) вызывает алкалоз
- 3) обладание иммуно-модулирующим действием
- 4) нарушают биоценоз кишечника
- 5) обеспечивают поступление белка в створоженном состоянии

303. К молочным смесям для искусственного вскармливания относятся все, кроме:

3

- 1) адаптированные
- 2) простые
- 3) сложные
- 4) пресные(сладкие)
- 5) кислые

304.Необходимость введения прикорма ребенку 1 года жизни связана с:

3

- 1) замедлением прибавки массы во 2-м полугодии
- 2) необходимостью увеличения жиров в питании
- 3) увеличением потребности ребенка в нутриентах и энергии
- 4) необходимостью увеличения белков в питании
- 5) потребностью в ночном питании

305. К правилам введения прикорма относится все, кроме:

3

- 1) начинать с малых количеств
 - 2) постепенно увеличивать объем нового блюда
 - 3) давать после кормления грудью
 - 4) не давать одновременно два новых блюда
 - 5) постепенно увеличивать густоту блюда
- и число прикормов

306.Смешанным вскармливанием называется питание ребенка 1 года, когда наряду с материнским молоком ребенок получает докорм в виде:

4

- 1) фруктового пюре
- 2) овощного пюре
- 3) донорского молока
- 4) искусственных молочных смесей
- 5) фруктовых и овощных соков

307. К методам повышения лактации при гипогалактии относятся все, кроме:

3

- 1) более частое прикладывание к груди
- 2) кормление ребенка по требованию
- 3) регламентированное по времени прикладывание

ребенка к груди

4) ночные кормления

5) кормить длительно более 20 мин и более

308. Во время болезни у ребенка снизился аппетит. Ваши рекомендации:

2

- 1) ребенку нужно предлагать все виды продуктов, рекомендуемые для этого возраста, так часто, как рекомендуется, даже если они не могут съесть много при каждом кормлении.
- 2) тоже, но в значительно меньшем объеме
- 3) ограничить набор блюд легкоусвояемыми продуктами (грудное или цельное молоко, кисломолочные продукты, рисовый отвар или разваренная каша)

309. До 6 месячного возраста давайте детям грудное молоко:

1

- 1) так часто, как они хотят, днем и ночью.
- 2) необходимо, как минимум, 6 кормлений в течение 24 часов.
- 3) как минимум 8 кормлений в течение 24 часов.
- 4) каждые 2-4 часа, в зависимости от возраста.

310. Как младенцы изначально сообщают о своем чувстве голода?

3

- 1) всегда плач;
- 2) иногда плач;
- 3) кладут пальцы в ротик и делают сосательные движения губами;
- 4) сначала—предыдущий ответ, затем плач

311. Можно ли в жаркие дни дополнительно давать младенцу воду или другие молочные продукты?

1

- 1) можно, если температура воздуха более 30⁰С, или он делает губами сосательные движения или беспокоен;
- 2) нельзя
- 3) можно, если мама чувствует, что младенец не наедается;
- 4) нет - у младенца может развиваться аллергия.

312. Как часто мать должна кормить грудью 8-месячного ребенка?

3

- 1) мать должна продолжать кормить грудью столько раз, сколько ребенок просит, по крайней мере, 6 раз за 24 часа.
- 2) тоже + сначала дополнительную пищу необходимо давать после кормления грудью. Это позволит постепенно заменить несколько кормлений дополнительной пищей без ущерба для грудного вскармливания.

3) грудное вскармливание примерно 4-5 раз. В этом возрасте ребенок уже получает прикормы: овощное пюре, мясное пюре, 10% кашу, фруктовое пюре.

313. Как часто следует давать дополнительные продукты питания детям от 6 до 12 месяцев?

2

1) если ребенок не получает грудного молока, давайте дополнительные продукты питания 5 раз в день;

2) если ребенок находится на грудном вскармливании, то:

- в 6 месяцев – 1 раз (овощ. пюре)
- в 7 месяцев – 2 раза (овощ. пюре и кашу)
- в 8 месяцев – 3 раза (овощное, мясное пюре и кашу)
- в 9 месяцев и старше – 4 раза (овощное пюре, мясное пюре и бульон, каша)

3) если ребенок находится на грудном вскармливании, давайте дополнительные продукты питания 3 раза в день независимо от возраста.

314. Ребенку 1 год 5 месяцев укажите правильное меню:

1

1) 5 раз в день: 3 раза пища семейного стола. 2 дополнительных кормления грудным молоком.

2) 5 раз в день: 3 раза пища семейного стола + 2 дополнительных кормления (2-ой завтрак и полдник).

3) кормить ребенка грудью столько раз, сколько он просит, сохраняя ночные кормления.

4) по желанию ребенка, если не хочет дополнительное питание – не заставлять, или же – может получать дополнительное питание когда и сколько хочет

315. Какой посудой следует пользоваться при кормлении ребенка дополнительной пищей?

3

1) бутылочкой для каши

2) чашкой для пюре

3) только чашкой

316. Укажите разовый объем пищи для детей старше года:

3

1) 150-200

2) 200-300

3) по аппетиту

317. Можно ли ребенку в возрасте 1 год и 2 месяца есть плов и мелко нарезанные яблоки?

1

1) можно;

2) рано.

3) можно, если их дополнительно подавить ступкой, или пропустить через мясорубку;

318. Время переваривания женского молока в желудке ребенка составляет (часы)

3

- 1) 1-2
- 2) 2-2,5
- 3) 2,5-3
- 4) 3-4
- 5) 4-5

319. Время переваривания искусственных молочных смесей в желудке ребенка составляет (часы)

3

- 1) 1-2
- 2) 2-3
- 3) 3-4
- 4) 4-5
- 5) 5-6:

320. К гормонам, секретируемым корой надпочечников относятся:

2

- 1) паратиреоидные гормоны
- 2) глюкокортикоиды
- 3) инсулин
- 4) паратгорман
- 5) прокальцитонин

321. В мозговом слое надпочечников образуются:

4

- 1) глюкокортикоиды
- 2) минералокортикоиды
- 3) андрогены
- 4) адреналин
- 5) 17-оксипрогестерон

322. Глюкокортикоиды синтезируются в:

2

- 1) клубочковой зоне
- 2) пучковой зоне
- 3) сетчатой зоне
- 4) мозговом слое надпочечников
- 5) х-зоне

323. В передней доле гипофиза вырабатываются все гормоны, кроме:

3

- 1) соматотропный гормон
- 2) тиреотропный гормон
- 3) меланостимулирующий гормон
- 4) адренокортикотропный гормон
- 5) фолликулостимулирующий гормон

324. На уменьшение антенатальных запасов железа ребенка влияют:

4

- 1) переносимость
- 2) возраст матери
- 3) сезоны года
- 4) многоплодие
- 5) гестозы в начале беременности

325. Клиническими проявлениями дефицитной анемии средней тяжести не являются:

3

- 1) одышка, сердцебиения при физической нагрузке
- 2) дистрофия волос и ногтей
- 3) безбелковые отеки

- 4) увеличение печени и селезенки
- 5) вялость, повышенная утомляемость

326. При уходе за новорожденными не показано:

1

- 1) тугое пеленание
- 2) свободное пеленание
- 3) ежедневное купание в кипяченой охлажденной воде
- 4) общий поглаживающий массаж
- 5) кипятить и проглаживать пеленки, белье

327. При уходе за кожей и слизистыми новорожденного не показано:

4

- 1) подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания
- 2) после купания смазывать детским кремом все складки кожи
- 3) обрабатывать пупочную ранку до ее эпителизации раствором бриллиантовой зелени
- 4) закапывать в глаза раствор сульфацила натрия
- 5) смазывать участки гиперемии складок бепонтеновой мазью

328. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции на коже появляется папула через:

3

- 1) 1 неделю
- 2) 2-3 недели
- 3) 4-8 недель
- 4) 3-4 месяца
- 5) полгода

329. К инфекционным заболеваниям пупка у новорожденных относятся:

2

- 1) кожный пупок

- 2) омфалит
- 3) свищ пупочного канатика
- 4) грыжа пупочного канатика

330. У новорожденных к приобретенным неинфекционным заболеваниям кожи относятся:

3

- 1) розеолезная сыпь
- 2) герпетическая
- 3) ихтиоз
- 4) псевдофурункулез
- 5) импетиго

331. Укажите непатологические изменения кожи, связанные с особенностями адаптации новорожденных к внеутробной жизни:

4

- 1) токсическая эритема
- 2) потница
- 3) опрелость
- 4) физиологический катар кожи
- 5) ихтиоз

332. Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется наличием:

1

- 1) вялых пузырей
- 2) бугорков
- 3) напряженных пузырей
- 4) распространенной эритемы
- 5) папул

333. К неинфекционному заболеванию пупка:

4

- 1) пупочный свищ
- 2) омфалит
- 3) язва пупка
- 4) варикозное расширение сосудов пупка
- 5) мокнуший пупок

334. Какие заболевания кожи и пупка не могут послужить источником сепсиса:

5

- 1) некроз пупочной ранки
- 2) омфалит
- 3) пемфигус новорожденных
- 4) мокнущий пупок
- 5) склерема

335. Гнойный омфалит новорожденных характеризуется:

4

- 1) серозным отделяемым из пупочной ранки
- 2) грибовидной опухолью на дне пупочной ранки
- 3) отеком и гиперемией книзу от пупочной раны
- 4) отеком и гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной раны
- 5) язвочкой с подрывными краями, покрытой фибринозными наложениями в пупочной ране

336. К наиболее часто встречающимся гнойно-воспалительным заболеваниям кожи у новорожденных, относятся все, кроме:

1

- 1) склеродерма
- 2) пемфигус новорожденных
- 3) везикулопустулез
- 4) эксфолиативный дерматит Риттера
- 5) псевдофурункулез

337. Основными принципами лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и пупка у новорожденных являются все, кроме:

4

- 1) воздействие на возбудителя
- 2) воздействие на макроорганизм (повышение реактивности)
- 3) санация первичного и метастатических очагов
- 4) гормонотерапия
- 5) организация оптимального ухода

338. Сепсис развивается преимущественно:

4

- 1) у доношенных детей
- 2) у детей, перенесших родовую травму и асфиксию
- 3) у детей, находящихся на искусственном вскармливании
- 4) у детей, ослабленных другими заболеваниями
- 5) у детей с хондродистрофией

339. К характеристикам этиологии сепсиса относятся все, кроме:

5

- 1) полиэтиологична
- 2) условно-патогенная кишечная флора (кишечная палочка, протей, клебсиела, энтеробактер)
- 3) стрептококки группы "В"
- 4) часто стафилококки
- 5) лямблии

340. Входными воротами инфекции при сепсисе у новорожденных не являются:

4

- 1) пупочная ранка
- 2) кожные покровы и слизистые оболочки
- 3) органы дыхания
- 4) зубы

5) подкожно-жировая клетчатка

341. При сепсисе из первичного септического очага часть бактерий и продуктов их жизнедеятельности попадает в кровь и возникают все, кроме:

5

- 1) массивная бактериемия
- 2) токсемия
- 3) процессы сенсибилизации
- 4) образуются пиемические очаги
- 5) гипергликемия

342. Сепсис не характеризуется наличием метастических очагов воспаления в виде:

5

- 1) гнойного отита
- 2) остеомиелита
- 3) менингита
- 4) парапроктита
- 5) гломерулонефрита

343. Сепсис клинически не проявляется:

5

- 1) общей интоксикацией
- 2) кахексией
- 3) бледно-серым оттенком кожи
- 4) лихорадкой
- 5) отеком Квинке

344. Изменения со стороны ЖКТ при сепсисе включают все, кроме:

5

- 1) рвота
- 2) срыгивания

- 3) диарея
- 4) увеличение печени и селезенки
- 5) выпадения прямой кишки

345. При сепсисе не имеют место:

2

- 1) значительная потеря массы тела
- 2) паратрофия
- 3) обезвоживание
- 4) гиподинамия
- 5) метеоризм

346. Изменения со стороны кожи при сепсисе включают все, кроме:

5

- 1) иктеричность кожных покровов
- 2) бледно-землистый цвет кожных покровов
- 3) геморрагический синдром
- 4) сухость кожи
- 5) бронзовый оттенок

347. С достоверностью нельзя диагностировать сепсис при:

5

- 1) появлении пиемических очагов
- 2) при нарастании тяжести общего состояния
- 3) положительных результатах бактериологических исследований крови, мочи, кала, гноя
- 4) лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом влево
- 5) тимомегалии

348. Клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей включают все, кроме:

3

- 1) наличие множества гнойных очагов,
- 2) гипертермия, интоксикация
- 3) диспептические расстройства, эксикоз
- 4) нарушение терморегуляции, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови
- 5) гепатоспленомегалия

349. Изменения со стороны общего анализа крови при сепсисе включают все, кроме:

5

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- 2) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
- 3) ускорение СОЭ
- 4) снижение уровня эритроцитов
- 5) повышение сахара в крови

350. Принципы назначения антибиотиков при сепсисе подразумевает все, кроме:

1

- 1) кратковременные курсы
- 2) одновременное назначение 2-3 антибиотиков в оптимальных дозах
- 3) учитывается чувствительность возбудителя к антибиотику
- 4) назначение антибиотиков внутривенно
- 5) назначение антибиотиков внутривенно и в пиемические очаги

351. Для повышения сопротивляемости организма при сепсисе не проводится:

2

- 1) введение гипериммунного гаммаглобулина
- 2) переливание тромбоцитарной массы
- 3) назначение иммуномодуляторов (декарис, левамизол, спленин)
- 4) переливание гипериммунной плазмы
- 5) назначение пробиотиков (бифидум-бактерин, лактобактерин, линекс и др.)

352. Для улучшения общего состояния при сепсисе проводится:

5

- 1) дезинтоксикационная терапия
- 2) коррекция нарушений водно-электролитного баланса
- 3) восстановление объема циркулирующей крови
- 4) ферменты, биопрепараты
- 5) назначение витамина "Д"

353. Лечение сепсиса направлено на:

4

- 1) подавление возбудителя
- 2) повышение защитных свойств организма
- 3) санацию гнойных очагов
- 4) восстановление водно-солевого обмена
- 5) восстановление биоценоза кишечника

354. При гнойно-септических заболеваниях в общем анализе крови наблюдается:

1

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- 2) лимфоцитарный лейкоцитоз
- 3) лейкопения
- 4) лимфоцитопения
- 5) нейтропения

355. При асфиксии звеньями патогенеза являются все, кроме:

5

- 1) изменения газового состава крови
- 2) гипоксии
- 3) тахикардии
- 4) ацидоза

5) гиперкальциемии

356. При внутриутробной гипоксии плода 1 степени не отмечается:

2

- 1) учащение сердцебиений плода,
- 2) учащение дыхания,
- 3) учащение шевеления,
- 4) увеличения выброса глюкокортикоидов
- 5) "шум пуповины".

357. Клинические признаки в/утробной гипоксии 2-ой степени включают все, кроме:

2

- 1) редкие судорожные шевеления плода
- 2) тахикардия
- 3) брадикардия
- 4) околоплодные воды с меконием
- 5) метаболический ацидоз

358. По шкале Аргар оцениваются все параметры, кроме:

1

- 1) терморегуляция
- 2) дыхание
- 3) мышечный тонус
- 4) рефлекс на раздражение подошв
- 5) сердцебиение

359. Максимальная общая оценка по шкале Аргар складывается из суммы баллов:

1

- 1) 10
- 2) 5

3) 2

4) 4

5) 8

360. Для оценки состояния новорожденных по шкале Апгар не используют следующие признаки:

3

1) частота дыхания

2) сердцебиение

3) состояние живота

4) окраска кожи

5) тонус мышц

361. Первые реанимационные мероприятия при выведении новорожденного из асфиксии заключаются в :

3

1) аппаратном искусственном дыхании

2) дыхании “изо рта в рот”

3) отсасывании содержимого полости рта и носоглотки

4) непрямом массаже сердца

5) внутрисердечном введении адреналина.

362. Назовите основное отличие поражения ЦНС при наследственных нарушениях обмена от поражений ЦНС гипоксического генеза:

2

1) симптомы поражения с возрастом уменьшаются

2) симптомы поражения с возрастом нарастают

3) симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения

4) симптомы поражения носят неспецифический характер

363. Общемозговые клинические симптомы при внутричерепной родовой травме все, кроме:

5

- 1) “мозговой крик”
- 2) синдром угнетения
- 3) судороги
- 4) повышенный мышечный тонус
- 5) западение большого родничка

364. Развитие родовой травмы ЦНС не сопровождается периодами:

3

- 1) возбуждения
- 2) торможения
- 3) обострения
- 4) ранним восстановительным периодом
- 5) поздним восстановительным периодом

365. Очаговыми симптомами внутричерепной родовой травмы не являются:

1

- 1) синдром “гипервозбудимости”
- 2) симптомы Грефе, заходящего солнца, напряженный взор
- 3) спастические параличи, парезы
- 4) локальные судороги
- 5) симптомы поражения черепно -мозговых нервов

366. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния у ребенка грудного возраста необходимо провести все обследования, кроме :

1

- 1) определить уровень сахара в крови
- 2) рентгенограмму черепа
- 3) люмбальную пункцию
- 4) ядерно-магнитный резонанс
- 5) исследование глазного дна

367. В патогенезе родовой травмы центральной нервной системы не играют роль:

4

- 1) нарушение мозгового кровообращения
- 2) метаболический ацидоз
- 3) сдавление, отек мозга
- 4) алкалоз
- 5) кровоизлияние в мозг

368. При исследовании спинномозговой жидкости у новорожденных с внутричерепным кровоизлиянием обнаруживают:

4

- 1) повышение уровня сахара
- 2) появление большого количества лейкоцитов
- 3) снижение количества лимфоцитов
- 4) появление эритроцитов
- 5) понижение уровня белка

369. При лечении родовой травмы центральной нервной системы не применяют:

5

- 1) физический покой
- 2) краниocereбральную гипотермию
- 3) введение гемостатических средств
- 4) противосудорожную терапию
- 5) гемосорбцию

370. Гидроцефалию у ребенка можно диагностировать по:

3

- 1) окружности головы, превышающей норму на 1 см
- 2) окружности головы, превышающей норму на 2 см
- 3) раскрытым швам на черепе у ребенка 6-8 месяцев, симптому Грефе
- 4) наличию симптома Грефе при нормальной окружности головы

5) ригидности мышц затылка, напряжению, пульсации большого родничка при нормальных размерах головки

371. При судорожном синдроме необходимо:

2

- 1) определить титр иммуноглобулинов М
- 2) определить уровень кальция в сыворотке крови
- 3) определить уровень прокальцитонина в сыворотке крови
- 4) определить протромбиновый показатель крови
- 5) провести тимоловую пробу

372. В развитии родовой травмы центральной нервной системы предрасполагающую роль не играют:

4

- 1) недоношенность
- 2) болезни матери
- 3) острая и длительная гипоксия плода в ante- и интранатальном периоде
- 4) пол ребенка
- 5) патология родовой деятельности

373. Иммунологический конфликт между кровью матери и плода чаще всего вызывается несовместимостью по:

2

- 1) селезеночным антигенам
- 2) резус антигенам
- 3) тромбоцитарным антигенам
- 4) редким факторам (M, N, Hell, Duffy, Kidd)
- 5) лейкоцитарным антигенам

374. Показателем для немедленного заменного переливания крови при ГБН является следующий уровень непрямого билирубина в пуповинной крови (мк моль/л):

2

- 1) 30-50
- 2) 60-70
- 3) 80-100
- 4) 160-200
- 5) 360 и более

375. К тяжелой форме ГБН относится:

- 4
- 1) желтушная
- 2) геморрагическая
- 3) анемическая
- 4) отечная
- 5) смешанная

376. Уровень непрямого билирубина в пуповинной крови ребенка с ГБН превышает (мк моль/л):

- 3
- 1) 10
- 2) 20
- 3) 34
- 4) 40
- 5) 50

377. Несовместимость крови матери и ребенка не может быть вызвана:

- 1
- 1) пищевой алергизацией
- 2) предыдущими абортами
- 3) переливанием матери несовместимой крови по ABO-системе
- 4) предыдущими беременностями
- 5) переливанием матери несовместимой крови по Rh-фактору

378. “Критический” уровень непрямого билирубина (мкмоль/л) у доношенного ребенка, в отношении развития ядерной желтухи составляет:

5

- 1) 30
- 2) 60
- 3) 120
- 4) 240
- 5) 340

379. При гипербилирубинемии новорожденных возможно развитие ядерной желтухи, если уровень непрямого билирубина при нормальном уровне белка повысится до (мкмоль/л):

4

- 1) 150
- 2) 180
- 3) 250
- 4) 340
- 5) 400

380. Клиническими признаками “ядерной желтухи” не являются:

1

- 1) снижение мышечного тонуса
- 2) повышение мышечного тонуса
- 3) симптом “заходящего солнца”
- 4) внутричерепная гипертензия
- 5) судороги

381. Основные клинические проявления ядерной желтухи включают все, кроме:

5

- 1) внутричерепная гипертензия
- 2) мозговой крик
- 3) опистотонус

4) судороги

5) ахоличный стул

382. Гемолиз эритроцитов при ГБН происходит везде, кроме:

4

1) в РЭС

2) в печени

3) в костном мозге

4) в почках

5) внутри сосудов

383. Этиология ГБН:

3

1) наследственная обусловленность

2) внутриутробная инфекция

3) несовместимость крови матери и плода по эритроцитарным антигенам

4) пищевая алергизация матери и плода

5) медикаментозная алергизация

384. Показанием к заменному переливанию крови при гемолитической болезни новорожденных не являются:

2

1) желтуха при рождении и уровень непрямого билирубина в пуповинной крови - 68 ммоль/л и выше

2) анемическая форма ГБН

3) почасовой прирост непрямого билирубина у доношенных новорожденных - 5, 13 ммоль/л и выше

4) высокий титр антител во время беременности у матери, снижение Нв, эритробластоз, ретикулез, резко положительная проба Кумбса у ребенка после рождения

5) уровень непрямого билирубина в пуповинной крови - 34 мкмоль/л

385. Абсолютным показанием для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного является:

2

- 1) уровень билирубина пуповинной крови 50мкмоль/л
- 2) темп почасового нарастания билирубина 5 мкмоль/л
- 3) повышение непрямого билирубина на 2-е сутки до 200мкмоль/л
- 4) симптом Грефе
- 5) анемическая форма ГБН

386. Кроме полного заменного переливания крови при лечении гемолитической болезни новорожденных не применяются:

3

- 1) гемосорбция, гипербарическая оксигенация
- 2) карболен, фенобарбитал натрия, аллахол
- 3) антибиотики, антигистаминные препараты, иммунодепрессанты
- 4) фототерапия, естественный ультрафиолет
- 5) инфузии растворов альбумина, реополиглюкина, гемодеза, глюкозы, плазмы, эритроцитарной массы

387. Для лечения гемолитической болезни новорожденных не применяется:

3

- 1) инфузионная терапия
- 2) фототерапия
- 3) гормональная терапия
- 4) заменное переливание крови
- 5) люминал

388. Наиболее тяжелыми и прогностически неблагоприятными при ГБН являются формы:

4

- 1) желтушная
- 2) желтушная за счет сгущения желчи

- 3) анемическая
- 4) "ядерная желтуха"
- 5) анемично-желтушная

389. Развитие ГБН обусловлено:

- 1
- 1) снижением барьерной функции плаценты
- 2) аномалиями развития плода
- 3) анемией у матери
- 4) неправильным расположением плаценты
- 5) выпадением пуповины

390. Характерными клиническими симптомами для желтушной формы гемолитической болезни новорожденных являются все, кроме:

- 1
- 1) обесцвеченный кал
- 2) анемия
- 3) увеличение печени
- 4) увеличение селезенки
- 5) желтуха

391. Анемия у годовалого ребенка диагностируется при снижении уровня гемоглобина в крови ниже(г/л):

- 1
- 1) 120
- 2) 110
- 3) 90
- 4) 70
- 5) 160

392. Факторами препятствующими всасыванию железа в ЖКТ являются:

5

- 1) нормальная кишечная флора
- 2) соляная кислота
- 3) витамин С
- 4) лиганды
- 5) фитиновая кислота

393. Клиническими проявлениями дефицитной анемии тяжелой степени не являются:

5

- 1) безбелковые отеки
- 2) задержка психомоторного развития
- 3) снижение реактивности организма
- 4) анорексия
- 5) остеомалация

394. Дефицитная анемия 1-го полугодия жизни развивается у детей всегда, кроме:

3

- 1) низкие величины депо железа в организме
- 2) раннее искусственное вскармливание
- 3) позднее введение прикорма
- 4) интеркуррентные заболевания
- 5) недоношенность, близнецы

395. Частота формирования дефицитной анемии у детей не обусловлена:

5

- 1) интенсивным ростом
- 2) содержанием витамина С
- 3) характером вскармливания
- 4) низкой кислотностью желудка
- 5) национальностью

396. Клиническими проявлениями железодефицитной анемии легкой степени являются:

3

- 1) задержка психомоторного развития
- 2) эмоциональная устойчивость
- 3) бледность кожи и слизистых
- 4) дистрофия волос и ногтей
- 5) безбелковые отеки

397. При анемии тяжелой степени назначаются:

4

- 1) препараты железа перорально
- 2) препараты железа в виде капель
- 3) переливания плазмы
- 4) переливания эритроцитарной массы
- 5) переливания тромбоцитарной массы

398. Причиной дефицитной анемии во 2-м полугодии жизни не является:

1

- 1) недоношенность
- 2) инфекционные заболевания
- 3) глистные инвазии
- 4) нарушение правил введения прикорма
- 5) интенсивный рост ребенка

399. Дефицит железа у новорожденных обусловлен:

3

- 1) весом при рождении
- 2) переносенностью
- 3) недоношенностью

4) внутриутробной гипоксией

5) родовой травмой

400. При анемии легкой степени назначаются:

1

1) препараты железа перорально

2) препараты железа парентерально

3) переливания плазмы

4) переливания эритроцитарной массы

5) биопрепараты

401. Основными клиническими проявлениями “эпителиального синдрома” при дефицитной анемии являются все, кроме:

2

1) дистрофия волос

2) одышка, тахикардия

3) извращение вкуса

4) сухость, шелушение и бледность кожи, слизистых

5) койлонихии

402. Рахит не развивается при:

1

1) естественном вскармливании

2) смешанном вскармливании

3) избытке мучных продуктов

4) искусственном вскармливании

5) позднем введении прикорма

403. К нарушению минерализации костной ткани при рахите ведут:

5

1) алкалоз

- 2) фосфатурия
- 3) повышенный синтез кальцитонина
- 4) пониженный синтез паратгормона
- 5) дефицит цитратов

404. Классификация рахита включает все периоды, кроме:

3

- 1) разгара,
- 2) начальный,
- 3) возбуждения,
- 4) репарации,
- 5) остаточных явлений.

405. Для рахита периода разгара характерно все, кроме :

3

- 1) потливость
- 2) мышечная гипотония
- 3) мышечный гипертонус
- 4) краниотабес
- 5) рахитические «четки»

406. Для рахита периода разгара показаны все лечебные мероприятия, кроме:

4

- 1) массаж, гимнастика
- 2) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- 3) соляно-хвойные ванны
- 4) масляный раствор витамина D по 500 -МЕ ежедневно
- 5) масляный раствор витамина D по 2000-5000 МЕ ежедневно

407. При рахите 2-ой степени отмечается нарушения:

2

- 1) лимфатической системы
- 2) костно-мышечной системы
- 3) извращается вкус
- 4) функции всех внутренних органов
- 5) эндокринной системы

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

5

- 1) ежедневно, в течение года
- 2) ежедневно, в течение недели
- 3) 1 раз в неделю
- 4) 1 раз в месяц
- 5) на протяжении года, по 1 месяцу трехкратно

409. Характерные изменения со стороны костной системы при остром течении рахита включают все, кроме:

2

- 1) размягчение костей черепа
- 2) остеодная гиперплазия
- 3) гипоплазия костной ткани
- 4) остеопороз
- 5) деформации конечностей

410. В развитии рахита в антенатальном периоде не играют роль:

5

- 1) заболевания матери
- 2) климато-географические условия
- 3) короткий интервал между родами,
- 4) материально-бытовые условия
- 5) возраст матери

411. Ведущие звенья в патогенезе рахита включают все, кроме:

2

- 1) нарушение белкового обмена, аминокацидурия
- 2) развитие алкалоза
- 3) недостаточная ферментативная активность печени
- 4) нарушение фосфорно -кальциевого обмена
- 5) развитие ацидоза

412. Классификация рахита включает все типы течения, кроме:

3

- 1) подострое
- 2) острое
- 3) хроническое
- 4) рецидивирующее

413. Характерными ранними клиническими симптомами рахита являются:

5

- 1) опрелости
- 2) эритематозная сыпь
- 3) извращения вкуса
- 4) частый жидкий стул
- 5) нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы

414. К профилактическим методам приема витамина D относятся:

2

- 1) ударный
- 2) дробный
- 3) сезонный
- 4) витаминных толчков

5) уплотненный

415. Характерные костные изменения в периоде разгара рахита включают все, кроме:

3

- 1) краниотабес
- 2) "квадратная" голова
- 3) преобладание процессов остеомалации над гиперплазией остеоидной ткани
- 4) рахитические браслеты
- 5) "гаррисонова борозда"

416. Изменения мышечной системы в разгар рахита включают все, кроме:

3

- 1) "лягушачий" живот
- 2) гипотония мышц
- 3) гипертония мышц
- 4) разболтанность суставов
- 5) плоскостопие

417. Витамин D ребенок больше всего получает с:

4

- 1) грудным молоком
- 2) коровьим молоком
- 3) мучными продуктами
- 4) УФО
- 5) мясом

418. В развитии рахита предрасполагающую роль не играют:

3

- 1) недоношенность
- 2) тугое пеленание

- 3) пол ребенка
- 4) нерациональное вскармливание
- 5) нерациональный уход

419. При дефиците витамина D в патогенезе рахита начальным звеном является:

2

- 1) гиперфункция паращитовидных желез
- 2) нарушение всасывания Ca из кишечника
- 3) уменьшение реабсорбции фосфора в почечных канальцах
- 4) ацидоз
- 5) уменьшение отложения Ca и P в костях

420. Течение рахита не может быть:

4

- 1) острым
- 2) подострым
- 3) рецидивирующим
- 4) латентным

421. Укажите характерные клинические проявления острого рахита:

4

- 1) постепенное развитие
- 2) дисфункция кишечника
- 3) тремор подбородка
- 4) преобладание процессов остеомалиции над гиперплазией остеонной ткани
- 5) преобладание процессов гиперплазии остеонной ткани над остеомалицией

422. Дробный метод профилактического приема витамина D заключается в следующем:

2

- 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

423. При рахите III степени тяжести назначают витамин D в дозе тыс МЕ в теч. 30-40 дней:

5

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

5) 5

424. Характерные клинические проявления цветущего рахита 2-ой степени:

1

1) гнейс

2) краниотабес

3) "четки", "браслеты"

4) деформация костей

5) лобные, теменные бугры

425. В патогенезе рахита ведущую роль не играют:

2

1) паращитовидные железы

2) гипофиз

3) печень

4) кожа

5) почки

426. Суточная лечебная доза витамина D при лечении рахита I степени составляет (тыс. ед.):

2

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

5) 5

427. Ведущие звенья в патогенезе гипервитаминоза "Д" включают все, кроме:

5

1) гиперкальциурия

2) гиперкальциемия

3) отложение кальция в стенках сосудов, внутренних органах

4) развитие ацидоза

5) развитие алкалоза

428. В развитии гипервитаминоза D предрасполагающую роль играют:

4

1) возраст матери

2) климатогеографические условия

3) прием глюкокортикоидов

4) прием больших доз витамина D

5) неблагоприятные бытовые условия

429. При гипервитаминозе D не отмечаются:

1

1) гипокальциемия

2) гиперкальциемия

3) гиперфосфатемия

4) нормальная активность щелочной фосфатазы

5) гиперкальциурия

430. В лечении гипервитаминоза D не используются:

1

- 1) препараты Ca
- 2) овощная диета
- 3) глюкокортикостероиды
- 4) дезинтоксикационная терапия
- 5) витамины "А" и "Е"

431. Характерными клиническими проявлениями гипервитаминоза D являются все, кроме:

4

- 1) кишечный токсикоз
- 2) нейротоксикоз
- 3) обезвоживание
- 4) извращение вкуса
- 5) анорексия

432. Факторы, провоцирующие судороги при спазмофилии включают все, кроме:

3

- 1) повышенная инсоляция в весеннее время
- 2) диета, бедная солями кальция
- 3) диета, богатая солями кальция
- 4) недостаточное потребление витамина D
- 5) лечение большими дозами витамина D

433. К клиническим формам спазмофилии относятся все, кроме:

5

- 1) латентная,
- 2) ларингоспазм,
- 3) карпопедальный спазм,

- 4) экламптическая форма,
- 5) отечная форма.

434. Характерные клинические проявления явной спазмофилии включают все , кроме:

1

- 1) рвота
- 2) тетания сердца
- 3) ларингоспазм
- 4) карпопедальный спазм
- 5) эклампсия

435. При скрытой спазмофилии выявляют все симптомы, кроме:

2

- 1) лицевой феномен Хвостека
- 2) карпопедальный спазм
- 3) симптом Люста
- 4) симптом Маслова
- 5) феномен Труссо

436. К аномалиям конституции не относятся:

1

- 1) геморрагический диатез
- 2) лимфатико-гипопластический диатез
- 3) аллергический диатез
- 4) экссудативно-катаральный диатез
- 5) нервно-артритический диатез

437. В развитии экссудативно-катарального диатеза этио-патогенетическую значимость не имеют:

5

- 1) наследственная предрасположенность

- 2) пищевая сенсibilизация
- 3) гиперпродукция Ig E
- 4) снижение продукции иммуноглобулинов A, G и уровня Т-лимфоцитов
- 5) гиповитаминоз вит. D, E, B₁₅ и др.

438. Частые кожные проявления экссудативно-катарального диатеза включают все, кроме:

4

- 1) себорейные чешуйки
- 2) строфулюс
- 3) «сухая», «мокнущая» экзема
- 4) витилиго
- 5) опрелости

439. Укажите не характерные кожные проявления экссудативного диатеза:

5

- 1) гнейс
- 2) опрелости
- 3) молочный струп
- 4) эритематозно-папулезная сыпь
- 5) геморрагические высыпания

440. Характерные изменения кожи и подкожной клетчатки при экссудативно-катаральном диатезе включают все, кроме:

4

- 1) снижение тургора и эластичности
- 2) пастозность, рыхлость, повышенная гидрофильность
- 3) паратрофия
- 4) атрофия
- 5) неравномерное нарастание массы тела

441. При экссудативно-катаральном диатезе не типичными являются:

3

- 1) увеличение периферических лимфоузлов
- 2) избыточная масса тела
- 3) остеопороз
- 4) эозинофилия
- 5) следы белка в моче

442. Характерные лабораторные изменения при экссудативно-катаральном диатезе:

5

- 1) нейтрофилез со сдвигом влево
- 2) лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
- 3) увеличение Ig E,
- 4) ацидоз
- 5) гипергликемия

443. При обострении экссудативного диатеза не назначают лечение:

2

- 1) 7-10 дневные курсы гипосенсибилизирующей терапии (димедрол, супрастин, тавегил и др)
- 2) антибиотикотерапия
- 3) лактобактерин, бифидумбактерин, глюконат кальция
- 4) рациональное питание с исключением потенциально аллергенных продуктов
- 5) витамины: B₆, C, A, E, B₅, B₁₅

444. В период ремиссии экссудативно-катарального диатеза проводят терапию:

4

- 1) глюкокортикостероидами
- 2) специфическую гипосенсибилизацию
- 3) препараты железа
- 4) физиолечение с использованием нафталана, танина, ванн с отварами череды, дубовой коры, ромашки

5) иммунодепрессантами

445. Возможные исходы экссудативно-катарального диатеза:

2

- 1) ВСД
- 2) трансформация в бронхиальную астму
- 3) тиреоидит
- 4) хронический холецистит
- 5) геморрагический диатез

446. В профилактику развития аномалий конституции не входит:

2

- 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

447. Патогенез лимфатико-гипопластического диатеза включает все звенья, кроме :

3

- 1) активируется деятельность гипофиза, отмечается гиперпродукция АКТГ и СТГ гормонов
- 2) имеется слабость надпочечников, гипо- и дискортицизм, увеличение выработки минералокортикоидов
- 3) гипоплазия поджелудочной железы, недостаточная секреция инсулина
- 4) гиперплазия вилочковой железы, снижение клеточного и гуморального иммунитета
- 5) гипоплазия внутренних органов: аорты, сердца

448. Клинические симптомы лимфатико-гипопластического диатеза включают все, кроме:

5

- 1) увеличение вилочковой железы

- 2) аденоидный тип лица
- 3) "капельное" сердце, гипоплазия дуги аорты
- 4) лимфаденопатия, в том числе мезентериальных и медиастанальных лимфоузлов
- 5) "куриная" грудь, "квадратная" голова, "X"- и "O"-образные нижние конечности

449. Особенности психомоторного развития детей с лимфатико-гипопластическим диатезом включают:

2

- 1) грубое отставание в психомоторном развитии (дебильность, имбицильность)
- 2) вялость, малоподвижность, снижение интереса к окружающему
- 3) повышенная возбудимость, раннее психическое и эмоциональное развитие
- 4) отставание в развитии речи и статических функций
- 5) замедленное формирования условнорефлекторной деятельности

450. Результаты обследования, характерные для лимфатико-гипопластического диатеза, включают все, кроме:

3

- 1) умеренный лейкоцитоз с лимфоцитозом и моноцитозом
- 2) умеренная гипогликемия
- 3) рентгенологически- гипоплазия вилочковой железы
- 4) на Rg-грамме: гиперплазия вилочковой железы и гипоплазия дуги аорты
- 5) снижение секреции оксикортикостероидов

451. Внезапная смерть при лимфатико-гипопластическом диатезе может наступить от:

4

- 1) тяжелого нейротоксикоза
- 2) эксикоза
- 3) дыхательной недостаточности
- 4) острой надпочечниковой недостаточности
- 5) почечной недостаточности

452. Рациональный принцип лечения лимфатико-гипопластического диатеза:

4

- 1) антибактериальная терапия
- 2) диетотерапия с легкоусвояемыми углеводами
- 3) постоянная заместительная терапия глюкокортикоидами
- 4) чередующиеся курсы биологических адаптогенов (экстракт элеутерококка, бифидумбактерин, препараты кальция, оротат калия, витамины)
- 5) назначение препаратов гипофиза, щитовидной железы, инсулина

453. Для иммунокоррекции и профилактики осложнений при лимфатико-гипопластическом диатезе назначают:

2

- 1) частые курсы глюкокортикостероидов
- 2) чередующиеся курсы глицерама, дибазола, метацила, пентоксила
- 3) курсы витаминов D, E, A
- 4) курсы желчегонных средств
- 5) переливание плазмы, альбумина, введение иммуноглобулина

454. При отсутствии профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию:

3

- 1) детской экземы
- 2) синдрома мальабсорбции
- 3) синдрома внезапной смерти
- 4) подагры
- 5) жирового гепатоза печени

455. Ведущие звенья в развитии нервно-артритического диатеза у детей включают все, кроме:

1

- 1) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- 2) наследственная предрасположенность к нарушению обмена пуринов

- 3) погрешности в питании: избыточное употребление жирных сортов мяса, потенциально аллергичных продуктов(кофе, шоколад и др.)
- 4) накопление мочевой кислоты в тканях
- 5) особенность типа нервной системы у ребенка

456. Ведущее значение в патогенезе развития нервно-артритического диатеза не имеет:

5

- 1) изменение активности ферментов печени
- 2) извращение белкового обмена
- 3) накопление в периферической крови конечных продуктов пуринового обмена мочевой кислоты
- 4) нарушение жирового и углеводного обмена со склонностью к кетоацидозу
- 5) нарушение микроциркуляции в ЦНС

457. Поражение кожи и слизистых оболочек при нервно-артритическом диатезе характеризуется всем, кроме:

5

- 1) отека Квинке
- 2) крапивницы
- 3) себоррейной экземы
- 4) бронхоспазма
- 5) афтозного стоматита

458. В синдром обменных нарушений при нервно-артритическом диатезе не входит:

5

- 1) отягощенный семейный анамнез по обмену пуринов
- 2) преходящие ночные суставные боли
- 3) салурии(ураты, фосфаты, оксалаты)
- 4) ацетонемическая рвота
- 5) протеинурия, гематурия, цилиндрурия

459. Укажите какие синдромы не характерны для нервно-артритического диатеза:

5

- 1) обменный
- 2) кожный
- 3) неврастенический
- 4) спастический
- 5) гепато-лиенальный

460. Результаты обследования, не характерные для нервно-артритического диатеза:

1

- 1) алкалоз
- 2) уратурия
- 3) ацидоз
- 4) повышенное содержание солей мочевой кислоты в крови
- 5) нефропатия с микрогематурией

461. Возможные исходы нервно-артритического диатеза включают все, кроме:

5

- 1) желче- и мочекаменную болезнь
- 2) подагру, обменные артриты
- 3) мигрень, невралгии, неврастении
- 4) бронхиальную астму
- 5) хроническую надпочечниковую недостаточность

462. Постнатальное хроническое нарушение питания может быть вызвана эндогенными факторами:

2

- 1) анорексией
- 2) целиакией
- 3) гипогалактией у матери
- 4) дефицитом витаминов
- 5) недокормом

463. Дефицит массы при умеренной степени нарушения питания имеет стандартное отклонение в диапазоне

2

- 1) -1СО до - 2 СО
- 2) - 2СО до -3 СО
- 3) - 3 СО
- 4) - 1 СО до + 2 СО

464. Первичным звеном патогенеза хронического нарушения питания является:

4

- 1) неустойчивая секреция желудочно-кишечного тракта
- 2) перегревание, переохлаждение
- 3) дефицит витамина С
- 4) снижение толерантности к пище
- 5) гипопротеинемия

465. При умеренной степени нарушения питания имеются все перечисленное, кроме:

4

- 1) - 2 СО от норм веса для данного возраста
- 2) бледность, сухость кожных покровов
- 3) мышечная гипотония
- 4) отсутствие подкожно-жировой клетчатки повсеместно
- 5) умеренная задержка психомоторного развития

466. При тяжелой степени нарушения питания имеются все признаки, кроме:

5

- 1) афония
- 2) упорная анорексия
- 3) апатия
- 4) кахексия

5) повышенная потливость

467. При тяжелой степени нарушения питания подкожно-жировой слой исчезает на:

4

- 1) животе
- 2) конечностях
- 3) спине
- 4) лице
- 5) туловище

468. При хроническом тяжелом нарушении питания в виде истощения не назначают:

3

- 1) принцип "омолаживания" пищи
- 2) иммуномодуляторы
- 3) сердечные гликозиды
- 4) биоадаптогены
- 5) ферменты

469. При стандартном отклонении веса -1σ не назначаются:

1

- 1) анаболические гормоны,
- 2) ферменты,
- 3) витамины,
- 4) биопрепараты
- 5) массаж

470. Постнатальная тяжелая степень нарушения питания может быть вызвана следующими эндогенными факторами, кроме:

5

- 1) аномалией конституции
- 2) иммунодефицитным состоянием

- 3) пороками развития внутренних органов
- 4) синдромом мальабсорбции
- 5) гипогалактией

471. При хронической умеренной степени нарушения питания отмечают все, кроме:

- 1
- 1) снижение уровня ферментов
 - 2) увеличение уровня холестерина
 - 3) гипергликемию
 - 4) нарушения микроциркуляции
 - 5) гиперкалиемию

472. При хронической тяжелой степени нарушения питания имеются все признаки, кроме:

- 5
- 1) негативизм
 - 2) задержка развития
 - 3) полная анорексия
 - 4) признаки обезвоживания
 - 5) по таблицам стандартное отклонение – 2 СО

473. Причинами ЗВУР могут быть все перечисленное, кроме

- 4
- 1) недостаточное питание матери
 - 2) заболевания матери
 - 3) патология плаценты
 - 4) пол плода
 - 5) внутриутробные инфекции

474. Постнатальное хроническое нарушение питания может быть вызвана следующими экзогенными факторами, кроме:

4

- 1) алиментарными
- 2) инфекционными
- 3) дефектами ухода
- 4) пороками развития ЖКТ
- 5) отравлениями

475. Характерные признаки ферментопатий включают все, кроме:

5

- 1) связь дисфункции кишечника с характером питания
- 2) специфический характер стула, отсутствие признаков воспаления в копрограмме
- 3) удовлетворительный аппетит и недостаточная прибавка массы тела
- 4) изменения со стороны параметров физического развития
- 5) диспепсия с явлениями эксикоза и нейротоксикоза

476. Из перечисленных исследований диагноз муковисцидоза подтверждает:

5

- 1) рентгенограмма грудной клетки
- 2) исследование костного мозга
- 3) биопсия тонкого кишечника
- 4) микроскопия осадка мочи
- 5) определение электролитов пота

477. Пилоростеноз у ребенка раннего возраста является:

2

- 1) врожденным функциональным нарушением
- 2) врожденным анатомическим дефектом
- 3) последствием неправильного кормления
- 4) последствием внутричерепной гипертензии
- 5) результатом перенесенной кишечной инфекции

478. Больному с врожденным пилоростенозом для подтверждения диагноза показаны:

2

- 1) ректороманоскопия
- 2) эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта
- 3) определение электролитов в поте
- 4) исследование кислотно-щелочного состояния крови
- 5) рентгеновский снимок грудной клетки

479. При умеренной степени нарушения питания в лечении включены все, кроме:

1

- 1) антибиотики
- 2) анаболические гормоны
- 3) витамины
- 4) ферменты
- 5) иммуномодуляторы

480. Причиной летального исхода при хроническом тяжелом нарушении питания чаще всего является:

4

- 1) снижение толерантности к пище
- 2) диспротеинемия
- 3) уменьшение внутренних органов
- 4) присоединение вторичной инфекции
- 5) снижение антитоксической функции печени

481. Простая диспепсия обусловлена всем, кроме:

1

- 1) вирусной инфекции
- 2) нарушение всасывания воды и электролитов
- 3) снижением слизиобразующей функции кишечника
- 4) низкой pH желудочного сока

5) несоответствием объема и состава пищи физиологическим возможностям ребенка

482. При простой диспепсии у ребенка не отмечается:

3

- 1) стул в виде “рубленых яиц”
- 2) нарушения сна
- 3) выбухание большого родничка
- 4) вздутие живота
- 5) 1-2 краткая рвота

483. Простая диспепсия относится к:

1

- 1) заболеваниям функционального происхождения
- 2) порокам развития желудочно-кишечного тракта
- 3) заболеваниям инфекционного происхождения
- 4) наследственным заболеваниям
- 5) ферментопатиям

484. Симптомами простой диспепсии являются все, кроме:

3

- 1) срыгивание
- 2) рвота
- 3) остановка прибавки массы тела
- 4) редкие мочеиспускания
- 5) диарея

485. К простой диспепсии предрасполагают все перечисленное, кроме:

2

- 1) снижение слизиобразующей функции желудка
- 2) желудочно-пищеводный рефлюкс

- 3) низкая pH желудочного сока
- 4) снижение секреторного иммуноглобулина
- 5) снижение иммунитета при отсутствии естественного вскармливания

486. Характерными признаками простой диспепсии являются все, кроме:

2

- 1) редкое мочеиспускание
- 2) неукротимая рвота
- 3) метеоризм
- 4) кишечная колика
- 5) частый жидкий стул без патологических примесей

487. Для оральной регидратации при простой диспепсии не используют:

1

- 1) гемодез
- 2) компоты
- 3) водно-чайное питье
- 4) регидрон
- 5) глюкосолан

488. Клиническими формами синдрома дыхательных расстройств не являются:

5

- 1) отечно-геморрагический синдром
- 2) аспирация околоплодных вод
- 3) рассеянные ателектазы
- 4) болезнь гиалиновых мембран
- 5) врожденный стридор

489. При обструктивном бронхите у детей раннего возраста не имеется:

1

- 1) пульсация шейных вен
- 2) участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания
- 3) дыхание с жужжащими и свистящими хрипами
- 4) экспираторная одышка
- 5) эмфизема

490. Аускультативная симптоматика при бронхитах могут быть все перечисленные, кроме:

5

- 1) проводные на вдохе
- 2) сухие хрипы
- 3) влажные среднепузырчатые хрипы
- 4) мелкопузырчатые
- 5) локальные крепитирующие

491. Характер перкуторных данных при бронхитах:

2

- 1) локальные притупления
- 2) коробочный звук
- 3) укорочения звука со спины
- 4) "бедренный" звук
- 5) укорочение тона и усиление бронхофонии

492. Для острого обструктивного бронхита не характерны:

1

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) коробочный оттенок перкуторного звука
- 4) сухие свистящие хрипы
- 5) усиление легочного рисунка на рентгенограмме

493. Рентгенологическая картина острых бронхитов включает:

3

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

494. Основными формами СДР у новорожденных являются все, кроме:

3

- 1) первичные ателектазы
- 2) болезнь гиалиновых мембран
- 3) крупозная пневмония
- 4) синдром аспирации мекония
- 5) легочные кровоизлияния

495. К возникновению острой пневмонии у детей раннего возраста не предрасполагают:

5

- 1) нарушения питания с избытком массы
- 2) нарушения питания с дефицитом массы
- 3) эксудативный диатез
- 4) рахит
- 5) гемофилия

496. К предрасполагающим факторам развития острой пневмонии у детей раннего возраста не относятся:

3

- 1) перинатальная патология (гипоксия, асфиксия, родовая травма)
- 2) хроническое нарушение питания
- 3) целиакия

4) пороки развития сердца, легких

5) гиповитаминозы

497. Этиологическими факторами острой пневмонии у детей являются все перечисленные, кроме:

3

1) вирусы

2) бактерии

3) воздействие холода

4) грибки

5) простейшие

498. Классификация клинико-диагностических форм острой пневмонии не включает:

4

1) очаговая

2) сегментарная

3) интерстициальная

4) стафилококковая булла

5) крупозная

499. Наиболее часто острая пневмония локализуется в нижней доле правого легкого вследствие:

2

1) широкого просвета бронхов

2) особенностей отхождения правого бронха

3) ампулярного расширения бронхов

4) хорошего дренирования бронхов

5) обилия секрета

500. В патогенезе острых пневмоний не играет роль:

5

1) тканевая гипоксия

- 2) гипоксемия респираторная и циркуляторная
- 3) метаболический ацидоз
- 4) легочная гипертензия
- 5) гиперкалиемия

501. При ДН1 отмечается:

3

- 1) одышка в покое
- 2) участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
- 3) периоральный цианоз при беспокойстве
- 4) бледность лица
- 5) отношение пульса к числу дыхания = 2,5:1

502. Основные клинические признаки пневмонии включает все, кроме:

4

- 1) повышение температуры тела выше 38, 5° больше 3 дней
- 2) локальные укорочения перкуторного звука
- 3) рентгенологически: инфильтрация легочной ткани
- 4) потеря массы тела
- 5) локальные крепитирующие хрипы

503. Ранними признаками острых пневмоний не являются:

2

- 1) локальные хрипы
- 2) локальное жесткое дыхание
- 3) усиленная бронхофония
- 4) хриплый голос
- 5) сухой болезненный кашель

504. Для стафилококковой деструктивной пневмонии не характерны:

1

- 1) ОРВИ в начале заболевания
- 2) тяжелое состояние, выраженная интоксикация
- 3) влажный кашель, одышка
- 4) осложнения: плеврит, пиопневмоторакс, буллы
- 5) лейкоцитоз, повышение СОЭ

505. При бронхиолите не назначают:

5

- 1) увлажненный кислород
- 2) эуфиллин
- 3) антибиотики
- 4) преднизолон
- 5) кодеин

506. Основные лабораторные данные при острой пневмонии включают

2

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- 2) лейкопения, ускоренное СОЭ
- 3) анемия
- 4) эозинофилия
- 5) лимфоцитоз

507. К осложнениям острых пневмоний не относятся:

5

- 1) дыхательная недостаточность
- 2) нейротоксикоз
- 3) ДВС синдром
- 4) кардиореспираторный синдром
- 5) тимомегалия

508. Течение тяжелой острой пневмонии не сопровождается:

4

- 1) синдромом нейротоксикоза
- 2) кардиоваскулярным синдромом
- 3) синдромом дыхательной недостаточности
- 4) гипогликемическим синдромом
- 5) обструктивным синдромом

509. При дыхательной недостаточности 3 степени не отмечаются:

5

- 1) выраженная одышка в покое
- 2) периодически парадоксальное дыхание
- 3) генерализованный цианоз, который не проходит при в дыхании 100% кислорода
- 4) возбужденное, беспокойное поведение
- 5) генерализованная бледность

510. Аускультативно ослабленное дыхание выслушивается при:

4

- 1) анемиях
- 2) эмфиземе
- 3) пластинчатом ателектазе
- 4) выпотных плевритах
- 5) пневмотораксе

511. Основные рентгенологические признаки острой пневмонии:

3

- 1) вздутие легочных полей
- 2) наличие инородного тела в пищеводе
- 3) наличие инфильтрации

4) отсутствие изменений на рентгенограмме

5) усиление легочного рисунка

512. Больной ребенок 5 лет в тяжелом состоянии, с высокой температурой, выделяет гнойно-кровянистую мокроту, на рентгенограмме легких справа определяется тонкостенная полость с уровнем жидкости. Лейкоциты крови $18 \times 10^9 / \text{л}$ со сдвигом влево. Следует думать о пневмонии:

3

1) интерстициальной

2) сегментарной

3) стафилококковой

4) крупозной

5) очаговой

513. К гнойным осложнениям стафилококковой пневмонии не относятся:

4

1) кардиоваскулярный синдром

2) сепсис

3) эмпиема плевры

4) менингизм

5) пиопневмоторакс

519. Наиболее типичный признак бронхоэктазов:

3

1) серость кожных покровов

2) изменение пальцев по типу “барабанных палочек”

3) кашель с обильной мокротой полным ртом

4) бочкообразная грудная клетка

5) ногти в виде “часовых стекол”

520. Окончательный диагноз бронхоэктазов позволит установить:

3

- 1) рентгенография органов грудной клетки
- 2) рентгенотомография органов грудной клетки
- 3) бронхография
- 4) УЗИ органов грудной клетки
- 5) спирография

523. В развитии аллергических реакций выделяют иммунологическую, патохимическую и патофизиологическую стадии. Иммунологическая стадия характеризуется:

1

- 1) взаимодействием аллергических антител или сенсibilизированных лимфоцитов с причинно-значимыми аллергенами
- 2) высвобождением продуктов аллергического воспаления
- 3) возникновением клинических признаков болезни

524. Предвестниками приступа бронхиальной астмы не являются:

3

- 1) серозные или водянистые выделения из носа
- 2) чихание, зуд в носу, покашливание
- 3) боли в грудной клетке
- 4) субфебрильная температура
- 5) кашель со скудной мокротой

525. Причинно-значимыми аллергенами атопической формы бронхиальной астмы являются все перечисленные, кроме:

5

- 1) аллергены домашней пыли
- 2) пыльца злаковых трав
- 3) шерсть животных

- 4) пыльца сорных трав
- 5) пищевые аллергены

526. При перкуторном обследовании грудной клетки больных с бронхиальной астмой характерно:

2

- 1) укорочение перкуторного звука в нижнезадних отделах грудной клетки
- 2) коробочный звук, опущение нижних границ легких
- 3) притупление легочного звука
- "бедренный" звук
- 5) "легочной" звук

527. Для бронхиальной астмы характерна одышка:

1

- 1) экспираторного типа
- 2) инспираторная
- 3) по смешанному типу

528. При бронхиальной астме в общем анализе крови присутствует:

3

- 1) лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускоренное СОЭ
- 2) снижение уровня эритроцитов и Hb
- 3) эозинофилия
- 4) лимфоцитоз
- 5) моноцитоз

529. Лекарственные средства не применяемые для купирования приступа бронхиальной астмы:

3

- 1) глюкокортикостероиды
- 2) симпатомиметики
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты

4) метилксантины

5) интал, задитен

530. Характерные поражения сердца при ОРЛ, кроме:

5

1) ревмокардит

2) перикардит

3) коронариит

4) пороки сердца

5) пролапса митрального клапана

531. Назовите основной этиологический фактор ревматизма:

2

1) стафилококк

2) бета- гемолитический стрептококк группы А

3) кишечная палочка

4) вирусы

5) гемофильная палочка

532. К основным критериям ревматизма не относятся:

5

1) полиартрит

2) кардит

3) малая хорея

4) кольцевидная эритема

5) положительные ревматесты

533. Длительность строгого постельного режима при активности ревматизма III ст

1

1) 1-2 недели

- 2) 1 месяц
- 3) 6 недель
- 4) 2 месяца

534. Порок какого клапана не формируется при ревматизме у детей:

- 1
- 1) трикуспидального,
- 2) аортального,
- 3) митрального,
- 4) легочного ствола
- 5) сочетание аортального и митрального

535. Нехарактерные клинические проявления ревматической хореи:

- 1
- 1) судорожный синдром
- 2) гипотония мышц
- 3) нарушение эмоциональной сферы
- 4) гиперкинезы
- 5) нарушение координационных проб

536. Длительность круглогодичной бициллино-профилактики при ревматизме без поражения клапанов сердца составляет:

- 5
- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) 5 лет
- 4) не показана
- 5) 10 лет

537. Особенности поражения суставов при ревматизме включает все, кроме:

- 2

- 1) полиартрит
- 2) моноартрит
- 3) летучий характер болей
- 4) поражение средних и крупных суставов
- 5) отсутствие деформации суставов

538. Разжижению мокроты при ингаляциях и при интратрахеальном введении не способствует:

3

- 1) дезоксирибонуклеаза
- 2) лидаза
- 3) раствор канамицина
- 4) мукогельвин

539. Назовите препараты, не применяемые при лечении ревматизма:

2

- 1) салицилаты
- 2) гентамицин
- 3) пенициллин
- 4) преднизолон
- 5) вольтарен

540. Наиболее характерные кожные высыпания при ревматизме включают:

4

- 1) папулы
- 2) везикулы
- 3) кровоизлияния
- 4) анулярная эритема
- 5) гемангиомы

541. Для атопической формы бронхиальной астмы характерны следующие изменения показателей в сыворотке крови:

2

- 1)увеличение содержания общего Ig E
- 2)повышение уровня общего IgE и специфических IgE
- 3)увеличенное содержание гистамина
- 4)повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов

542. Укажите дозировку аспирина при лечении ревматизма у детей:

2

- 1) 0,5 х 4 р в сутки
- 2) 0,2 на год жизни/сутки
- 3) 2,0 сутки
- 4) 0,2 на 1 кг веса/сутки
- 5) 0,25 х 3 р/сутки

543. Укажите необходимый срок наблюдения за ребенком, перенесшим ОРЛ:

5

- 1)1 год
- 1)2 года
- 1)3 года
- 1)4 года
- 1)5 лет

544. Кардит, полиартрит, хорея, подкожные узелки, анулярная эритема являются симптомами:

5

- 1) септического эндокардита
- 2) перикардита
- 3) неспецифического ревматоидного полиартрита
- 4) неревматического кардита
- 5) ревматической лихорадки

545Для развития ревматизма не имеют значения следующие очаги инфекции

4

- 1) хронические синуситы
- 2) хронический отит
- 3) хронический тонзиллит
- 4) хронический цистит
- 5) кариес

546. Характер поражения суставов при ревматоидном артрите все, кроме:

- 1
- 1) летучесть болей
- 2) деформация суставов
- 3) моноартрит
- 4) полиартрит
- 5) симметричность поражения суставов

547. Основные причины возникновения ревматоидного артрита включают все перечисленное, кроме:

- 1
- 1) туберкулез
- 2) бактерии
- 3) этиология окончательно не выяснена
- 4) измененная реактивность организма
- 5) наследственная обусловленность

548. Препараты не используемые при лечении ревматоидного артрита:

- 1
- 1) антибиотики
- 2) кортикостероиды
- 3) салицилаты
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен, индометацин и др) .
- 5) гипосенсибилизирующие средства

549. Наиболее типичные изменения в анализах крови при ревматоидном артрите:

3

- 1) диспротеинемия
- 2) высокий титр антистрептококковых антител
- 3) положительный ревматоидный фактор
- 4) положительный СР-белок
- 5) анемия

550. Не характерные рентгенологические признаки ревматоидного артрита:

3

- 1) остеопороз
- 2) анкилоз суставов
- 3) казеозные очаговые изменения в костной ткани
- 4) деструкцией костной ткани
- 5) разрушение хряща, кости, сужение суставной щели

551. Согласно классификации различают следующие формы ревматоидного (неспецифического) артрита, кроме:

3

- 1) аллергосептический синдром
- 2) преимущественно суставная форма
- 3) инфекционно-аллергический артрит
- 4) сочетание с другими коллагенозами
- 5) синдром Стилла

552. Головная боль, одышка, шум в ушах, боль в животе и ногах, высокое АД на верхних конечностях и низкое АД на нижних конечностях, отмечается при:

3

- 1) тетраде Фалло
- 2) дефекте межпредсердной перегородки
- 3) коарктации аорты

4) сужении легочной артерии

5) болезни Толочинова -Роже

553. При зондировании сердца, зонд проходит из правого желудочка в аорту при:

5

1) сужении легочной артерии

2) дефекте межпредсердной перегородки

3) коарктации аорты

4) тетраде Фалло

5) открытом артериальном протоке

554. При осмотре лучшее развитие верхней половины туловища в сравнении с нижней отмечается при:

3

1) стенозе легочной артерии

2) тетраде Фалло

3) коарктации аорты

4) дефекте межжелудочковой перегородки

5) открытом артериальном протоке

555. Для дефекта межпредсердной перегородки характерен:

1

1) умеренный систолический шум во втором межреберье слева

2) диастолический шум на верхушке

3) акцент 2-го тона над аортой

4) систолический шум во втором межреберье справа

5) диастолический шум во втором межреберье слева

556. Систола-диастолический шум (машинный) во втором межреберье слева от грудины выслушивается при:

5

- 1) дефекте межжелудочковой перегородки
- 2) дефекте межпредсердной перегородки
- 3) стенозе легочной артерии
- 4) стенозе клапанов аорты
- 5) открытом артериальном протоке

557. Тетрада Фалло - включает все "компоненты" порока, кроме:

3

- 1) сужение устья легочной артерии
- 2) декстрапозицию аорты
- 3) открытый аортальный проток
- 4) дефект межжелудочковой перегородки
- 5) гипертрофию правого желудочка

558. Легочная гипертензия не наблюдается при:

5

- 1) открытом артериальном протоке
- 2) дефекте межпредсердной перегородки
- 3) стенозе аортального клапана
- 4) дефекте межжелудочковой перегородки
- 5) тетраде Фалло

559. Резкое ослабление пульса и снижение артериального давления на ногах наблюдается при:

4

- 1) стенозе легочной артерии
- 2) тетраде Фалло
- 3) открытом артериальном протоке
- 4) коарктации аорты
- 5) дефекте межжелудочковой перегородки

560. Характеристика шумов при врожденных пороках сердца :

1

- 1) грубые систолические
- 2) нежные систолические
- 3) диастолические
- г) пресистолические
- 5) шумы не характерны

561. Основное лечение врожденных пороков сердца:

2

- 1) консервативное
- 2) хирургическое
- 3) антибиотикотерапия
- 4) гормонотерапия
- 5) физиолечение

562. Обеднение малого круга кровообращения отмечается при:

3

- 1) коарктации аорты
- 2) открытом овальном окне
- 3) стенозе легочной артерии
- 4) открытом артериальном протоке
- 5) болезни Толочинова-Роже

563. Ишемические боли в ногах и животе характерны для:

2

- 1) митрального стеноза
- 2) коарктации аорты
- 3) открытого артериального протока
- 4) недостаточности митрального клапана

5) пролапса митрального клапана

564. Излюбленная поза детей на корточках отмечается при:

2

- 1) дефекте межжелудочковой перегородки
- 2) тетраде Фалло
- 3) открытом артериальном протоке
- 4) дефекте межпредсердной перегородки
- 5) коарктации аорты

565. При зондировании сердца обнаруживается большее насыщение кислородом крови правого предсердия, чем нижней полой вены, что свидетельствует о:

3

- 1) болезни Толочинова-Роже
- 2) дефекте межжелудочковой перегородки
- 3) дефекте межпредсердной перегородки
- 4) тетраде Фалло
- 5) сужении легочной артерии

566. При зондировании сердца определяется большой перепад давления между правым желудочком и легочной артерией при:

4

- 1) тетраде Фалло
- 2) коарктации аорты
- 3) дефекте межпредсердной перегородки
- 4) стенозе легочной артерии
- 5) сужении митрального клапана

567. Основной признак коарктации аорты:

3

- 1) систолический шум на верхушке

- 2) диастолический шум на верхушке
- 3) отсутствие пульса на ногах
- 4) повышение артериального давления на ногах
- 5) ритм галопа

568. К “синим порокам” сердца относятся:

3

- 1) открытый артериальный проток
- 2) коарктация аорты
- 3) тетрада Фалло
- 4) дефект межпредсердной перегородки
- 5) болезнь Толочинова-Роже

569. Одышечно-цианотические приступы чаще наблюдаются при:

2

- 1) открытом артериальном протоке
- 2) тетраде Фалло
- 3) стенозе клапанов легочной артерии
- 4) коарктации аорты
- 5) дефекте межпредсердной перегородки

570. Гипертензия малого круга кровообращения отмечается при всех пороках, кроме:

1

- 1) сужении легочной артерии
- 2) дефекте межжелудочковой перегородки
- 3) дефекте межпредсердной перегородки
- 4) открытом артериальном протоке
- 5) полная транспозиция магистральных сосудов

571. Какие глазные симптомы не могут быть при тиреотоксикозе:

4

- 1)экзофтальм
- 2)редкое мигание
- 3)нарушение конвергенции
- 4)отсутствие реакции зрачка на свет
- 5)пигментация век

572. В течение врожденных пороков сердца выделяют все фазы, кроме:

3

- 1) первичной адаптации
- 2) вторичной адаптации
- 3) относительного улучшения гемодинамики
- 4) относительной компенсации
- 5) терминальную

573. Врожденные пороки сердца осложняются:

1

- 1) септическим эндокардитом
- 2) ревматизмом
- 3) фиброэластозом миокарда
- 4) нарушением проводимости
- 5) сепсисом

574. Симптом “кошачьего мурлыканья” во время систолы во втором межреберье слева от грудины определяется при:

5

- 1) митральном стенозе
- 2) коарктации аорты
- 3) стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия
- 4) дефекте межпредсердной перегородки
- 5) стенозе легочной артерии

575.Классификация основных форм геморрагических диатезов не включает:

2

- 1) коагулопатии
- 2) лейкемии
- 3) вазопатии
- 4) тромбоцитопении
- 5) тромбоцитопатии

576. Число основных стадий гемостаза:

2

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

577. Фазы коагуляционной стадии гемостаза включают все, кроме:

1

- 1) образование первичной тромбоцитарной пробки,
- 2) образование активного тромбопластина плазмы,
- 3) образование тромбина,
- 4) образование фибрина,
- 5) ретракция кровяного сгустка.

578. К X-сцепленным заболеваниям относятся:

2

- 1) геморрагический васкулит
- 2) гемофилия А
- 3) болезнь Хагемана

4) идиопатическая тромбоцитопения

5) иммунная тромбоцитопения

579. При гемофилии "А" имеется дефицит следующего фактора крови:

3

1) 7

2) 5

3) 8

4) 9

5) 4

580. Характеристики кровотечений при гемофилии включает все перечисленные, кроме:

1

1) появляются сразу после травмы

2) появляются через 1/2-4 часа после травмы

3) длительные

4) в мышцы

5) в суставы

581. В анализе крови при гемофилии имеются следующие изменения:

3

1) гиперхромная анемия

2) тромбоцитопения

3) удлинение времени свертывания крови

4) лейкопения

5) замедление ретракции кровяного сгустка

582. Лечение гемофилии заключается в назначении:

5

1) пересадки костного мозга

- 2) переливании консервированной плазмы
- 3) переливании эритроцитарной массы
- 4) гормональном лечении
- 5) переливания криопреципитата.

583. Гормонотерапия эффективна при:

4

- 1) гемофилии А
- 2) гемофилии Б
- 3) идиопатической тромбоцитопении
- 4) иммунной тромбоцитопении
- 5) кожно-суставной форме геморрагического васкулита

584. Основная функция тромбоцитов:

1

- 1) ангиотрофическая
- 2) коагуляционная
- 3) активируют фактор Хагелямана
- 4) способствуют спазму сосудов
- 5) участвуют в ретракции кровяного сгустка

585. Критический уровень тромбоцитов в отношении развития кровотечения ($\text{в} \cdot 10^9 / \text{л}$)

2

- 1) 30
- 2) 50
- 3) 150
- 4) 20
- 5) 100

586. Основными клиническими проявлениями тромбоцитопении являются все перечисленные, кроме:

5

- 1) пурпура несимметричная
- 2) полиморфная геморрагическая сыпь
- 3) "леопардовая" кожа
- 4) положительные эндотелиальные пробы
- 5) крупная "звездчатая" геморрагическая сыпь

587. Для тромбоцитопенической пурпуры характерен следующий тип кровоточивости:

2

- 1) гематомный
- 2) петехиально-пятнистый
- 3) васкулитный
- 4) смешанный
- 5) ангиоматозный

588. Особенностью кровотечений при тромбоцитопении является:

1

- 1) спонтанность возникновения, преимущественно по ночам
- 2) появление через 1/2-4 часа после травмы
- 3) преимущественно у мальчиков
- 4) кратковременное
- 5) кровоизлияния в суставы

589. Положительные эндотелиальные пробы наблюдаются при:

3

- 1) гемофилии А
- 2) гемофилии Б
- 3) идиопатической тромбоцитопении
- 4) болезни Стюарта-Прюэра (дефицит X фактора)
- 5) геморрагическом васкулите

590. Основные клинические формы геморрагического васкулита включают все, кроме:

3

- 1) абдоминальная
- 2) кожная
- 3) отечная
- 4) почечная
- 5) ревматоидная

591. При абдоминальной форме геморрагического васкулита не могут возникнуть осложнения:

5

- 1) кишечная непроходимость
- 2) кишечные кровотечения
- 3) перфорация кишечника
- 4) инвагинация
- 5) выпадение прямой кишки

592. Для геморрагического васкулита характерна сыпь:

3

- 1) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу
- 2) подкожные и межмышечные гематомы
- 3) мономорфная пятнисто-папулезная сыпь на разгибательных поверхностях
- 4) "леопардова" шкура
- 5) кожные геморрагии на месте сдавления

593. Для геморрагического васкулита характерен тип кровоточивости:

3

- 1) гематомный
- 2) петехиально-пятнистый
- 3) васкулитный

- 4) смешанный
- 5) ангиоматозный

594. Принадлежность к наследственному заболеванию, сцепленному по полу, характерна для:

1

- 1) гемофилии А
- 2) болезнь Розенталя (дефицит X1фактора)
- 3) идиопатической тромбоцитопении
- 4) иммунной тромбоцитопении
- 5) геморрагического васкулита

595. При геморрагическом васкулите не назначают:

1

- 1) переливание криопреципитата и свежезамороженной плазмы
- 2) энтеросорбенты
- 3) гипосенсибилизирующую терапию
- 4) гепаринотерапию
- 5) санацию очагов инфекции

596. Провоцирующими факторами для гломерулонефрита не могут стать:

4

- 1) профилактические прививки
- 2) введение сыворотки
- 3) охлаждение
- 4) психическая травма
- 5) аллергия

597. К проявлениям мочевого синдрома при остром гломерулонефрите не относятся:

2

- 1) цилиндрурия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) олигоурия
- 4) гематурия
- 5) протеинурия

598. В патогенезе гломерулонефрита принимают участие все факторы, кроме:

5

- 1) иммунное воспаление базальной мембраны
- 2) отложение комплексов антиген-антитело на фильтрующей поверхности базальной мембраны клубочков
- 3) образование капиллярных микротромбов
- 4) ишемия юстагломерулярного аппарата
- 5) микробное воспаление

599. В патогенезе отеков у детей с гломерулонефритом имеют значение все факторы, кроме:

2

- 1) увеличение объема циркулирующей крови, задержка Na и воды
- 2) гипертония
- 3) диспротеинемия
- 4) повышение проницаемости капилляров
- 5) гиперпродукция антидиуритического гормона

600. Ведущими симптомами гломерулонефрита являются все, кроме :

2

- 1) протеинурия
- 2) пиурия
- 3) гематурия
- 4) артериальная гипертензия
- 5) отеки

601. Часто гломерулонефриту предшествует все, кроме:

5

- 1) фарингит
- 2) скарлатина
- 3) тонзиллит
- 4) импетиго-пиодермия
- 5) переохлаждение

602. К ренальным симптомам гломерулонефрита не относятся:

1

- 1) рвота
- 2) боли в области поясницы
- 3) олигурия
- 4) моча цвета « мясных помоев »
- 5) азотемия

603. К экстраренальным симптомам гломерулонефрита не относится:

2

- 1) головная боль
- 2) боль в области поясницы
- 3) бледность
- 4) пастозность
- 5) повышение АД

604. Гипертензионный синдром при гломерулонефрите обусловлен:

5

- 1) увеличением объема циркулирующей крови
- 2) задержкой натрия в организме
- 3) увеличением всасывания фосфора
- 4) повышением секреции альдостерона надпочечниками

5) увеличением синтеза ангиотензина I и ангиотензина II

605. Для острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом не характерны:

4

- 1) отечный синдром
- 2) высокая протеинурия
- 3) гипо и диспротеинемия
- 4) гипохолестеринемия
- 5) гиперкреатинемия

606. При острых гломерулонефритах в моче появляются цилиндры, кроме:

3

- 1) гиалиновые
- 2) зернистые
- 3) бактериальные
- 4) восковидные
- 5) эритроцитарные

607. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом проявляется всем, кроме:

4

- 1) отечным синдромом
- 2) гипертензионным синдромом
- 3) мочевым синдромом
- 4) гиперхолестеринемией
- 5) азотемией

608. Осложнениями тяжелого гломерулонефрита не являются:

4

- 1) эклампсия
- 2) острая почечная недостаточность

- 3) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- 4) поликистоз почек
- 5) ацидоз

609. Отеки при гломерулонефритах не обусловлены:

5

- 1) гипопроteinемией
- 2) падением клубочковой фильтрации
- 3) микротромбозом капилляров клубочков
- 4) ацидозом
- 5) гиперхолестеринемией

610. Для острого повреждения почек не характерны:

4

- 1) отеки и асцит
- 2) гипертония
- 3) увеличение клиренса креатинина
- 4) спленомегалия
- 5) гипернатриемия

611. При хронической болезни почек не отмечается:

3

- 1) уменьшение клубочковой фильтрации
- 2) уменьшение канальцевого кровотока
- 3) увеличение онкотического давления крови
- 4) увеличение клиренса мочевины

612. Осложнениями острого пиелонефрита могут быть все, кроме:

4

- 1) карбункул почки

- 2) множественные абсцессы в почке
- 3) паранефрит
- 4) ревматизм
- 5) острая надпочечниковая недостаточность

613. Лейкоциты в моче при пиелонефрите представлены:

3

- 1) моноцитами
- 2) лимфоцитами
- 3) нейтрофилами
- 4) базофилами
- 5) эозинофилами

614. Преимущественная локализация морфологических изменений в почках при пиелонефрите включает все, кроме:

4

- 1) в интерстициальной ткани
- 2) в чашечках
- 3) в лоханках
- 4) в мочеточниках

615. Антибиотики, неприменяемые для лечения пиелонефрита у детей включает:

1

- 1) пенициллин
- 2) ампициллин
- 3) карбенициллин
- 4) сизамицин
- 5) гентомицин

616. Наиболее чувствительны к инфекции при пиелонефритах следующие отделы почки:

3

- 1) корковый слой
- 2) мозговой слой
- 3) лоханки почек
- 4) околопочечная клетчатка
- 5) сосуды почек

617. Чаще всего инфекции в почку при пиелонефритах попадают:

4

- 1) гематогенно
- 2) через ЖКТ
- 3) лимфогенно
- 4) уриногенно
- 5) через кожу

618. К этиологическим факторам пиелонефрита не относятся:

4

- 1) кишечная палочка
- 2) синегнойная палочка
- 3) разнообразные штаммы протей
- 4) химические вещества
- 5) стафилококк

619. К препаратам микробной терапии при пиелонефритах не относятся:

5

- 1) антибиотики
- 2) уросептики
- 3) нитрофураны
- 4) препараты налидиксовой кислоты
- 5) гормоны

620. Патологические находки в моче при пиелонефрите включают все, кроме:

2

- 1) моча становится мутной
- 2) сахар в моче
- 3) в осадке множество лейкоцитов
- 4) большое количество эпителиальных клеток
- 5) большое количество микробов

621. При пиелонефрите не обнаруживаются симптомы:

5

- 1) лихорадки
- 2) нарастающие явления интоксикации
- 3) дизурические явления
- 4) положительный симптом Пастернацкого
- 5) гиперпротеинурии

622. При пиелонефрите отеки локализуются:

3

- 1) на ногах
- 2) на лице
- 3) отсутствуют
- 4) на животе
- 5) общие отеки

623. Лечение острого пиелонефрита не проводят:

1

- 1) пенициллином
- 2) антибиотиками влияющими на грамотрицательную флору (ампициллин, цепорин, левомецитин или их комбинация с химиопрепаратами)
- 3) гентамицин, препараты нитрофуранового ряда

4) невиврамон, грамулин, 5-нок и др.

5) инфузионная терапия

624. При пиелонефрите преобладают в моче:

4

1) эритроциты

2) ураты

3) цилиндры

4) лейкоциты

5) оксалаты

625. Для установления окончательного диагноза пиелонефрита излишним является:

5

1) общий анализ мочи

2) урография

3) УЗИ почек

4) функциональные обследования почек

5) определение сахара в моче

626. Пиелонефрит не вызывается:

4

1) кишечной палочкой

2) золотистым стафилококком

3) протеем

4) менингококками

5) смешанной инфекцией

627. Количество лейкоцитов в пробе по Нечипоренко при пиелонефрите составляет:

3

1) 100

- 2) 500
- 3) 2000 и более
- 4) 800
- 5) 700

628. Факторами, способствующими развитию пиелонефрита у детей являются все, кроме:

5

- 1) обменные нефропатии
- 2) врожденные пороки развития мочевыделительной системы
- 3) нервно-артритический диатез
- 4) нарушение пассажа мочи
- 5) анемии

629. Достоверным признаком пиелонефрита является повышение количества микробных тел в 1 мл мочи (в тыс):

5

- 1) 5-10
- 2) 10-15
- 3) 15-20
- 4) 20-40
- 5) 50-100

630. Хронизации пиелонефрита способствует все, кроме:

5

- 1) нарушение пассажа мочи
- 2) рефлюксы
- 3) обменные нефропатии, мочекаменная болезнь
- 4) недолеченный острый пиелонефрит
- 5) возраст ребенка

631. Острая надпочечниковая недостаточность связана со всем, кроме:

3

- 1) острым развитием кровоизлияния в кору надпочечников
- 2) менингококковым сепсисом
- 3) бронхитом
- 4) дифтерией
- 5) тяжелой интоксикацией (отравлением и др)

632. Острая надпочечниковая недостаточность не возникает при:

3

- 1) тяжелой вирусной инфекции
- 2) тяжелой форме сепсиса
- 3) рахите
- 4) повреждении самого надпочечника (родовые травмы, асфиксия)
- 5) резком прекращении курса лечения кортикостероидами

634. Острая надпочечниковая недостаточность клинически не проявляется:

5

- 1) эксикозом
- 2) явлениями сосудистого коллапса
- 3) адинамией
- 4) мраморным оттенком кожи
- 5) гиперемией кожи

635. Лечение острой надпочечниковой недостаточности необходимо начинать с:

1

- 1) немедленного парентерального введения глюкокортикостероидов в повышенных дозах
- 2) введения пенициллина
- 3) внутривенного введения витамина "Е"
- 4) применение витамина D
- 5) применение тиреоидина

636. При лечении острой надпочечниковой недостаточности не назначается:

5

- 1) капельное введение жидкости (от 100 до 2000 мл. физ р-ра+5 % глюкозы + полиглюкин + реополиглюкин и др.)
- 2) в/в мезатон капельно медленно под контролем А/Д+альбумин капельно
- 3) дезоксикортикостерона-ацетат
- 4) АКТГ
- 5) паратиреоидный гормон

637. Хроническая недостаточность надпочечников может возникнуть при:

1

- 1) изолированной недостаточности АКТГ
- 2) рахите
- 3) ревматизме
- 4) гипотиреозе
- 5) пневмонии

638. Причиной хронической надпочечниковой недостаточности не является:

5

- 1) туберкулезное поражение
- 2) кистозное изменение
- 3) деструктивные процессы
- 4) тотальная адреналэктомия
- 5) врожденные пороки сердца

639. В основе патогенеза хронической надпочечниковой недостаточности не лежит:

4

- 1) снижение выработки корой надпочечников глюкокортикоидов
- 2) снижение выработки минералокортикоидов
- 3) снижение выработки АКТГ

- 4) недостаточность ферментов печени
- 5) деструктивное поражение надпочечников

640. Для хронической надпочечниковой недостаточности не характерно:

2

- 1) гипонатриемия
- 2) гипергликемия
- 3) гиперкалиемия
- 4) бронзовый цвет кожи
- 5) адинамия

641. При хронической надпочечниковой недостаточности кожа имеет окраску:

2

- 1) бледную
- 2) бронзовую
- 3) цианотическую
- 4) желтую
- 5) гиперемизированную

642. Клинически хроническая надпочечниковая недостаточность не проявляется:

3

- 1) адинамией
- 2) гипотонией
- 3) черепно-лицевыми дизостозами
- 4) меланодермией
- 5) потерей массы

643. При хронической надпочечниковой недостаточности больной не должен получать поддерживающие дозы:

5

- 1) глюкокортикоидов

- 2) минералокортикоидов
- 3) диету с повышенным содержанием поваренной соли
- 4) большие дозы аскорбиновой кислоты
- 5) тиреоидин

644. Для врожденного гипотиреоза не характерно:

4

- 1) сниженный аппетит
- 2) стридорозное дыхание
- 3) склонность к запорам
- 4) высокий тембр голоса
- 5) пупочную грыжу

645. Клинические симптомы врожденный гипотиреоз все, кроме:

4

- 1) сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
- 2) макроглоссия, низкий голос
- 3) затянувшаяся желтуха
- 4) тахикардия
- 5) пупочная грыжа

646. Ранними симптомами врожденного гипотиреоза являются все, кроме:

1

- 1) синдром гипервозбудимости
- 2) большая масса тела при рождении
- 3) грубые черты лица
- 4) позднее отпадение пуповинного остатка
- 5) низкий грубый голос

647. Диагноз гипотиреоза ставится на основании всех признаков, кроме:

4

- 1) задержки развития
- 2) отека тканей
- 3) плохой реакцией на окружающее
- 4) тахикардии
- 5) низкого уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови

648. При гипотиреозе со стороны кожи и ее придатков отмечаются нарушения:

3

- 1) измененная дерматоглифика
- 2) лимфоидный отек кистей, стоп и в области шеи
- 3) кожа отечная, холодная на ощупь
- 4) волосы блестящие, гладкие
- 5) ногти в виде часовых стекол

649. Для гипотиреоидного нанизма характерны:

1

- 1) низкие масса тела и рост
- 2) отставание в умственном развитии
- 3) непропорциональное телосложение
- 4) способность к репродуктивной функции
- 5) полиурия

650. Для гипотиреоидного гигантизма характерно:

5

- 1) непропорциональное телосложение
- 2) усиленный рост выступающих частей тела
- 3) умственная отсталость
- 4) полифагия
- 5) пропорционально высокий рост

651. Для акромегалии характерно:

5

- 1) бронзовый цвет кожи
- 2) отставание в умственном развитии
- 3) мраморный рисунок кожи
- 4) пороки развития мочевыделительной системы
- 5) рост выступающих частей тела

652. Назовите исследование, которое наиболее достоверно подтверждает диагноз врожденной дисфункции коры надпочечников:

1

- 1) определение 17-оксипрогестерона, кортизола
- 2) исследования глазного дна
- 3) определение холестерина в сыворотке крови
- 4) определение калия, натрия, хлора в сыворотке крови
- 5) исследование полового хроматина

653. К численным нарушениям кариотипа половых хромосом относится:

3

- 1) синдром Дауна
- 2) синдром Патау
- 3) синдром Клайнфельтера
- 4) синдром "кошачьего крика"
- 5) синдром Эдвардса

654. Болезнь Дауна диагностируют на основании всех перечисленных признаков, кроме:

5

- 1) типичной аномалии черт лица
- 2) олигофрении различной степени тяжести
- 3) 4-х пальцевая складка на ладонях, клинодактилия мизинца

Экзаменационные вопросы

1. Показатели здоровья. Заболеваемость детей и основные причины ее определяющие. Образ жизни и влияние его на здоровье ребенка.
2. Периодизация детского возраста. Характеристика важнейших особенностей периодов детства.
3. Особенности сбора анамнеза в детском возрасте. Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка.
4. Характеристика периода новорожденности. Врожденные безусловные рефлексы. Адаптация к внешней среде. Показатели и структура заболеваемости новорожденных детей. Проблема невынашивания. Недоношенный ребенок.
5. Транзиторные состояния периода новорожденности. Гипербилирубинемия новорожденных. Классификация желтух.
6. Принципы выхаживания и кормления недоношенных новорожденных. Особенности течения транзиторных и дефицитных состояний.
7. Гемолитическая болезнь новорожденного. Современные методы консервативной терапии. Показания к заменному переливанию крови.
8. Внутриутробное инфицирование, определение понятия. Факторы риска, определяющие возможность развития инфекционного процесса.
9. Внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, герпес). Принципы диагностики и профилактики.
10. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Источники инфекции, пути передачи, восприимчивый коллектив.
11. Основные принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Этиотропная и патогенетическая терапия.
12. Сепсис новорожденных. Пути инфицирования. Причины и механизм развития. Классификация и клиническая картина.
13. Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств ребенка раннего возраста. Врожденные безусловные рефлексы.
14. Развитие психических и статических функций у детей первого года жизни. Влияние среды, режима и воспитания на нервно-психическое развитие.
15. Особенности объективного осмотра ребенка. Значение общего осмотра и физикального обследования в диагностическом поиске.
16. Преимущества естественного вскармливания и его значение для нормального развития ребенка.
17. Лактация. Факторы, влияющие на лактационную способность. Современные требования к режиму и питанию беременной и кормящей женщины.
18. Сроки первого прикладывания ребенка к груди. Состав и калорийность молозива и зрелого женского молока.
19. Техника проведения естественного вскармливания. Способы определения суточного количества молока, необходимого ребенку. Суточная потребность в основных ингредиентах питания и калориях при естественном вскармливании.
20. Затруднения и противопоказания к прикладыванию и кормлению ребенка грудью со стороны матери и ребенка, меры их предупреждения и устранения.
21. Качественные и количественные отличия зрелого женского молока от коровьего. Соотношение основных ингредиентов в грудном и коровьем молоке.

22. Недостаточность лактации (гипогалактия). Причины развития гипогалактии у кормящих женщин. Её виды и степень, методы диагностики, профилактики и лечения.
23. Прикорм. Методика и сроки введения при различных видах вскармливания.
24. Искусственное вскармливание. Определение понятия. Показания к переводу на смешанное и искусственное вскармливание. Основные правила искусственного вскармливания.
25. Смешанное вскармливание. Определение понятия, показания к переводу на смешанное вскармливание. Правила его проведения.
26. Классификация и характеристика смесей, используемых при смешанном и искусственном вскармливании.
27. Адаптированные молочные смеси: характеристика, классификация. Основные лечебные смеси. Молочно - кислые смеси, используемые при искусственном вскармливании, их достоинства и недостатки.
28. Физическое развитие ребенка. Факторы, влияющие на физическое развитие. Законы нарастания массы и длины тела. Пропорции тела ребенка. Понятие о биологическом возрасте.
29. Оценка физического развития ребенка. Семиотика нарушений роста и развития. Проблемы акселерации и децелерации.
30. Аномалии конституции (диатезы). Экссудативно – катаральный, атопический диатезы. Основные проявления и особенности диспансерного наблюдения.
31. Аномалии конституции (диатезы). Лимфатикогипопластический и нервно-артритический. Основные проявления и особенности диспансерного наблюдения.
32. Анатомо - физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей.
33. Методика исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей. Семиотика основных проявлений.
34. Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной систем. Сроки закрытия родничков, появления ядер окостенения, сроки и порядок прорезывания зубов.
35. Методика исследования костной и мышечной систем. Семиотика основных проявлений.
36. Анатомо - физиологические особенности системы кровообращения у детей. Кровообращение плода. Границы сердца у детей. Пульс и артериальное давление у детей в различные возрастные периоды.
37. Методика исследования и семиотика заболеваний сердечно - сосудистой системы у детей.
38. Формула периферической крови у детей в различные возрастные периоды. Методика исследования системы кроветворения.
39. Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы у детей.
40. Методика исследования и семиотика заболеваний мочевой системы у детей. Сбор мочи у детей раннего возраста.
41. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Характеристика секреторной и моторной функций желудка. Состав кишечной флоры новорожденного и грудного ребенка в зависимости от вида вскармливания.
42. Методика исследования органов пищеварения у детей. Семиотика основных проявлений. Диагностическое значение осмотра полости рта и зева ребенка.
43. Особенности иммунологических реакций в детском возрасте. Активный и пассивный

иммунитет. Врожденный и приобретенный иммунитет.

44. Причины и предрасполагающие факторы развития рахита. Современные представления об обмене кальция и фосфора, метаболизме и значении витамина Д. Патогенез рахита.

45. Классификация рахита. Клинические проявления рахита в различные периоды заболевания.

46. Лечение рахита. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита.

47. Гипервитаминоз Д: причины развития, клиника, методы профилактики и терапии.

48. Железодефицитные анемии. Определение понятия, причины и механизмы развития.

49. Классификация железодефицитных анемий. Ведущие клинические синдромы.

50. Методы лечения и профилактики железодефицитных состояний.

51. Современные представления о этиологии и патогенезе хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта. Проблема хеликобактериоза.

52. Клинические проявления хронического гастрита, гастродуоденита в детском возрасте.

53. Клинические проявления язвенной болезни желудка и ДПК. Осложнения.

54. Современные методы диагностики хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.

55. Принципы лечения хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.

56. Причины и виды дискинезий желчевыводящих путей, их клинические проявления.

57. Принципы лечения и профилактики дискинезий желчевыводящих путей.

58. Тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез синдрома кровоточивости. Клинические проявления.

59. Лечение тромбоцитопенической пурпуры. Диспансерное наблюдение. Профилактика рецидивов.

60. Гемофилия «А» у детей. Роль наследственного фактора. Клиническая картина, осложнения. Диагностика.

61. Принципы лечения и диспансерного наблюдения детей с гемофилией. Неотложная терапия при носовых кровотечениях и травмах конечностей.

62. Геморрагический васкулит: этиопатогенез, классификация. Клинические проявления геморрагического васкулита.

63. Принципы лечения и профилактики геморрагического васкулита.

64. Факторы риска, этиология и патогенез острой ревматической лихорадки у детей.

65. Классификация и диагностические критерии ОРЛ у детей.

66. Лечебные мероприятия (режим, диета, медикаментозная терапия) ОРЛ у детей. Профилактика рецидивов.

67. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при ОРЛ.

68. Пневмонии у детей. Определение понятия. Этиологический спектр в возрастном аспекте. Понятие о вне- и внутрибольничных пневмониях. Патогенез.

69. Классификация и клиническая картина пневмоний в детском возрасте.

70. Этиотропная и синдромальная терапия пневмоний у детей.

71. Бронхиальная астма у детей. Морфологические изменения бронхиальной стенки. Современное представление об этиологии и патогенезе заболевания.

72. Классификация бронхиальной астмы в детском возрасте. Клиника приступного периода у детей раннего и старшего возраста.

73. Принципы лечения бронхиальной астмы у детей. Неотложная терапия в приступный период. Понятие о базисной терапии, основные лекарственные препараты.

74. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы с другими заболеваниями органов дыхания (пневмонии, инородные тела трахеи и бронхов, обструктивный бронхит вирусной этиологии).
75. Пиелонефриты у детей. Определение понятия, основные предрасполагающие факторы к развитию пиелонефрита. Этиология, патогенез.
76. Пиелонефриты у детей. Классификация, клиническая картина. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
77. Пиелонефриты у детей. Лечение в острый период, профилактика рецидивов.
78. Дифференциальный диагноз пиелонефрита и гломерулонефрита в детском возрасте.
79. Диспансерное наблюдение детей с пиелонефритами.
80. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология, патогенез.
81. Клинико-лабораторные признаки (экстраренальные, ренальные) гломерулонефрита
82. Лечение детей с острым постстрептококковым гломерулонефритом. Прогноз. Меры профилактики.
117. Прививочный календарь. Абсолютные и относительные противопоказания к вакцинации. Подготовка и вакцинация детей из «групп риска». Поствакцинальные реакции у детей и их предупреждение..
134. Организация работы детской поликлиники.
135. Функциональные обязанности участкового педиатра.
136. Основные разделы профилактической работы педиатра на участке.
137. Наблюдение за здоровыми новорожденными и детьми 1 года жизни на педиатрическом участке.
138. Диспансерное наблюдение здоровых детей старше года.
139. Подготовка документов к поступлению в дошкольное детское учреждение и школу.
140. Диспансеризация подростков.
141. Организация и проведение проф. прививок. Календарь прививок.
142. Противопоказания к проведению проф. прививок.
143. Нормальное течение вакцинальных процессов.
144. Осложнения, связанные с проф. прививками, их лечение и профилактика.
145. Противоэпидемические мероприятия в условиях поликлиники и педиатрического участка.
146. Диспансерное наблюдение за детьми с гипотрофиями и рахитом на участке.
147. Диспансерное наблюдение детей с дефицитными анемиями и эссудативным диатезом.
148. Основная медицинская документация педиатрического отделения поликлиник
149. Организация лечебной работы на участке. Патронаж больных на дому.
150. Диспансеризация детей с хронической пневмонией и бронхиальной астмой.
151. Диспансерное наблюдение детей с хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ЮРА,
152. Диспансерное наблюдение детей с гломерулонефритами и пиелонефритами.
153. Выделение детей в группы риска. Наблюдение за часто болеющими детьми и детьми, перенесшими острую пневмонию, ангину, ОРВИ.
155. Лечение и наблюдение детей с гельминтозами (энтеробиоз, аскаридоз, геминолепидоз).
156. Неотложная терапия приступа бронхиальной астмы и анафилактического шока в условиях педиатрического участка.
157. Неотложная терапия гипертермического и судорожного синдрома на участке.
158. Неотложная терапия при острой надпочечниковой недостаточности и нейротоксикоза у

.детей в условиях педиатрического участка.

159. Принципы наблюдения и терапии ОРВИ и острых бронхолегочных заболеваний у детей на участке (рекомендации ВОЗ).

4) трисомии 21 хромосомы

5) кариотипа 47, ХХУ

655. Клинически синдром Шершевского-Тернера характеризуется всем, кроме:

3

1) низким ростом

2) короткой, широкой шеей с крыловидными складками

3) нормальной половой дифференцировкой

4) широкой грудной клеткой с сосковым гипертелоризмом

5) снижением интеллекта.