Фонд оценочных средств по дисциплине
«Факультетская педиатрия»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.02 – РФ, 560002 – КР Педиатрия
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-педиатр

2026

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб у ребенка, сбор данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	**Знать:** - правила проведения обследования по органам и системам у детей, правила сбора материала для лабораторного исследования, основные симптомы поражения органов и систем, специфику поражений у детей и особенность их проявления у детей.	**Блок А, С** - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - раскрыть смысл полученных результатов исследования у детей, провести сравнение видов поражения органов и их систем и отметить практическую ценность конкретных патологических синдромов у детей различного возраста.	**Блок В, D** - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - навыками сбора жалоб, анамнеза у родителей больного ребенка, проведения осмотра, приемами поиска и выявления основных симптомов поражения органов и их систем у детей и навыками выражения и собственного обоснования различных симптомов в единый патологический синдром.	**Блок В, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**

ПК-2: Способен к определению у детей и подростков основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней ипроблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.	**Знать:** - специфику проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм, в соответствии с МКБ. Основные симптомы и синдромы поражения органов и систем и их дифференциальную диагностику.	**Блок А, С** - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - анализировать различные виды патологических состояний, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с МКБ. Выделять практическую ценность конкретных патологических синдромов и симптомов заболеваний при их сравнении.	**Блок В, D** - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: -навыками и приемами поиска,выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ и их сравнительный анализ.	**Блок В, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**
ПК-4: Способен к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами	**Знать:** - основные виды и методы лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами и их специфику.	**Блок А, С** - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы

	Уметь: - выбирать оптимальные методы лечения детей и подростков в зависимости от нозологической формы заболевания.	**Блок B, D -** задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами.	**Блок B, D -** задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**
ПК-5: Готов к ведению и лечению детей и подростков с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	**Знать:** - этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных заболеваний, методы и средства сбора и анализа жалоб, и анамнеза ребенка и подростка, показания и противопоказания к ведению и лечению детей и подростков в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	**Блок A, C -** задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза; назначать лабораторные, инструментальные, и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания, определить показания и противопоказания ведению и лечению в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	**Блок B, D -** задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - навыками сбора и анализа жалоб и анамнеза пациента, навыками осмотра пациента, проведения необходимых диагностических мероприятий; навыками	**Блок B, D -** задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

	интерпретации результатов наиболее распространенных методов функциональной диагностики болезней органов и систем; навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**
ПК-6: Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	**Знать:** - клинические проявления острых и хронических заболеваний; методики лечения и выполнения медицинских манипуляций при патологических состояниях и заболеваниях; общие принципы лечения заболеваний с учетом их этиологии и патогенеза; знание фармакологических групп и взаимодействие друг с другом.	**Блок А, С -** задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - увязать симптомы, данные осмотра и показатели лабораторных и инструментальных методов обследования в единое целое и поставить правильный диагноз; подготовить больного, инструменты и медикаменты для проведения необходимой манипуляции; оценить стадию заболевания и назначить терапию, соответствующую стадии заболевания.	**Блок В, D -** задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат

	Владеть: - навыками по выявлению признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания; навыками и методами оказания медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях; навыками этиологической и патогенетической терапии при лечении заболеваний в зависимости от степени тяжести заболевания в амбулаторных условиях.	**Блок B, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**
ПК-7: Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях у детей, требующих срочного медицинского вмешательства	**Знать:** - правила проведения обследования у детей по органам и системам, правила первичной реанимации детей различных возрастов.	**Блок A, C** - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - выделить основные симптомы поражения органов и систем у детей при угрожающих жизни состояниях и оказать скорую медицинскую помощь.	**Блок B, D** - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - навыками определения основных синдромов поражения органов и систем при неотложных состояниях у детей и навыками оказания скорой медицинской помощи.	**Блок B, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**

ПК-11: Способен и готов к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	**Знать:** - причины, условия и развитие возникновения заболеваний, а также устранение вредных факторов, влияющих на здоровье человека; - организацию комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и устранения вредных факторов; - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование ЗОЖ и факторы, влияющие на здоровье человека.	**Блок А, С** - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - выявлять вредные влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; - предупреждать возникновение и (или) распространение заболеваний, их раннюю диагностику и причины их возникновения; - устранять причины возникновения и распространения заболеваний.	**Блок В, D** - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - комплексом мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья и предупреждения заболеваний.	**Блок В, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**

ПК-15: Способен к ведению медицинской документации.	**Знать:** - перечень и характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях лечебного профиля; - нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.	**Блок А, С** - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: - проводить медико - статистический анализ показателей здоровья прикрепленного населения; вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде.	**Блок В, D** - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - навыками работы и методами ведения учётно-отчётной документации различного характера в лечебных учреждениях; - навыками сравнительной характеристики медицинской документацией различного характера в лечебных учреждениях.	**Блок В, D** - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Педиатрия»
Дисциплина «Факультетская педиатрия»
Курс 4, семестр 7, количество ЗЕ – 2, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
7 семестр					
Раздел 1					
1. Дефицитные состояния	Текущий	Фронтальный опрос Практические навыки - курация больного Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	4	7	5 неделя
	Рубежный	Тестирование Ситуационная задача	6	10	
Раздел 2					
2. Аномалии конституции	Текущий	Фронтальный опрос Ситуационная задача Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	4	8	7 неделя
	Рубежный	Тестирование Практические навыки - курация больного	6	10	
Раздел 3					
3. Нарушения питания	Текущий	Фронтальный опрос Практические навыки - курация больного Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	4	**7**	10 неделя
	Рубежный	Ситуационная задача	6	10	
Раздел 4					
4. Аллергические заболевания у детей раннего возраста	Текущий	Фронтальный опрос Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	4	8	16 неделя
	Рубежный	Ситуационная задача Реферат	6	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль -зачет	**Теоретическое задание Устный опрос**		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Педиатрия»
Дисциплина «Факультетская педиатрия»
Курс 4, семестр 8, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
8 семестр					
Раздел 5					
3. Болезни органов дыхания у детей раннего возраста	Текущий	Фронтальный опрос Ситуационные задачи Практические навыки - курация больного Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическоезанятие снимается 1 балл.***	5	10	30 неделя
	Рубежный	Устный опрос Ситуационная задача	8	13	
Раздел 6					
4. Болезни органов дыхания у детей старшего возраста	Текущий	Фронтальный опрос Ситуационные задачи Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическоезанятие снимается 1 балл.***	5	10	36 неделя
	Рубежный	Тестирование Защита истории болезни	9	14	
Раздел 7					
5.Болезни органов кровообращения у детей раннего и старшего возраста	Текущий	Фронтальный опрос Ситуационные задачи Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	5	10	40 неделя
	Рубежный	Устный опрос Ситуационная задача	8	13	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль -зачет	**Устный опрос**		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Педиатрия»
Дисциплина «Факультетская педиатрия»
Курс 5, семестр 9, количество ЗЕ – 3, отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласноРПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
9 семестр					
Раздел 8					
8. Болезни желудочно - кишечного тракта	Текущий	Фронтальный опрос Практические навыки – курация больного Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	5	10	4 неделя
	Рубежный	Тестирование Ситуационная задача	8	13	
Раздел 9					
9.Болезни мочевыделительной системы.	Текущий	Фронтальный опрос Практические навыки – курация больного Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	5	10	8 неделя
	Рубежный	Ситуационная задача	9	14	
Раздел 10					
10. Гемостаз. Геморрагические диатезы.	Текущий	Фронтальный опрос Практические навыки – курация больного Презентация Посещаемость: ***за каждое пропущенное и неотработанное практическое занятие снимается 1 балл.***	5	10	16 неделя
	Рубежный	Защита истории болезни	8	13	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточныйконтроль - экзамен		**Практические навыки** **Теоретическое задание** **Ситуационная задача**	20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание:
В промежуточный контроль (экзамен) включены темы всех семестров.
За участие в НИРС, олимпиадах и конкурсах добавляется 3 балла, а за призовые места 5баллов за семестр.

Максимально возможная сумма баллов за все виды учебной деятельности студента по дисциплине «Факультетская педиатрия» составляет 100 баллов (зачетный максимум), а минимально возможная сумма баллов 60 баллов (зачетный минимум).

При получении студентом ниже 60 баллов (ниже зачетного минимума) практика не засчитывается, студент не будет допущен к занятиям до ликвидации задолженности.

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

Приложение 2

Тестовый контроль (рубежный контроль)

Дефицитные состояния

1. У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес:Вы считаете необходимым:
   1. определить Са, Р, щелочную фосфатазу
   2. ограничиться наблюдением
   3. сделать рентгенографию черепа
   4. сразу назначить витамин D до 500 МЕ в сутки
   5. назначить препараты кальция

2. Типичным ранним клиническим симптомом рахита является:
   1. опрелость
   2. эритематозная сыпь
   3. извращения вкуса
   4. частый жидкий стул
   5. нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы

3. Характерные изменения со стороны костной системы при остром течении рахита:
   1. размягчение костей черепа
   2. остеоидная гиперплазия
   3. рахитические «браслетки»
   4. лобные бугры
   5. «четки»

4. 25-гидрохолекальциферол образуется в:
   1. почках
   2. печени
   3. кишечнике
   4. костях

5. Нормальный уровень кальция в сыворотке крови у детей грудного возраста составляет ___ммоль/л:
   1. 1,29 – 2,26
   2. 2,2 – 2,7
   3. 1,2 – 2,55
   4. 1,25 – 1,35

6. Нормальный уровень фосфора в сыворотке крови у детей грудного возраста составляет ___ммоль/л:
   1. 1,1 – 1,4
   2. 0,2 – 0,7
   3. 3,0 – 3,3
   4. 2,2 – 2,7

7. Для рахита характерен:
    1. метаболический ацидоз
    2. дыхательный ацидоз
    3. алкалоз
    4. метаболический алкалоз

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

9. Характерные клинические проявления цветущего рахита 2-ой степени тяжести остроготечения:
    1. гнейс
    2. краниотабес
    3. ”бугры”, “четки”, “браслеты”
    4. тяжелая анемия
    5. изменение функций внутренних органов

10. Рахитические четки у детей образуются:
    1. по ходу ламбдовидного шва
    2. на запастье
    3. на границе костной и хрящевой части ребер
    4. по центру грудины
    5. на нижней аппертуре ребер

11. В начальном периоде рахита у детей уровень фосфора в крови:
    1. снижен
    2. увеличен
    3. близок к норме
    4. периодически повышается
    5. периодически понижается

12. Курсовой метод профилактики рахита заключается в приеме витамина D:
    1. ежедневно, в течение года
    2. ежедневно, в течение недели
    3. 1 раз в неделю
    4. 1 раз в месяц
    5. на протяжении первого года трехкратно по 1 месяцу, с интервалом в 3 месяца

13. К профилактическому методу приема витамина D относят:
    1. ударный
    2. дробный
    3. фракционный
    4. витаминных толчков
    5. уплотненный

14. Для гипервитаминоза D не характерна:
    1. гипокальциемия
    2. гиперкальциемия
    3. гиперфосфатемия
    4. нормальная активность щелочной фосфатазы
    5. гиперкальциурия

15. В развитии рахита предрасполагающую роль играет все кроме:
    1. недоношенность
    2. тугое пеленание
    3. пол ребенка
    4. нерациональное вскармливание
    5. нерациональный уход

16. Для начального периода рахита характерно все кроме:
    1. плаксивость
    2. потливость
    3. костные деформации
    4. снижение аппетита
    5. раздражительность

17. Степень тяжести рахита определяется на основании:
    1. количества вовлеченных в патологический процесс систем организма
    2. появления потливости и вздрагивания
    3. продолжительности заболевания
    4. анализа крови
    5. ЭКГ

18. Наименее специфическим для рахита является:
    1. Наличие «реберных четок»
    2. Задержка процессов роста
    3. Наличие лобных и теменных бугров
    4. Рентгенологическое изменение в зонах роста трубчатых костей
    5. Наличие гиперплазии остеоидной ткани в эпифизарных зонах

19. Острое течение рахита характеризуется преобладанием процессов:
    1. гиперплазии остеоидной ткани
    2. остеомаляции
    3. трофических нарушений
    4. отставания в физическом развитии
    5. задержки нервно – психического развития

20. Дробный метод профилактического приема вит. D заключается в следующем:
    1. 1 раз в неделю в течение года
    2. ежедневно в течение года, за исключением 3-х летних месяцев
    3. в течение 1 месяца
    4. месячными курсами с перерывами в 3 месяца
    5. 1 раз в месяц осенью и весной

21. Лечение витамин-Д-дефицитного рахита включает назначение препаратов витамина Дв суточной дозе_ме:
    1. 500
    2. 2000 – 4000
    3. 1000 – 2000
    4. 6000

22. Для диагностики витамин-Д-дефицитного рахита необходимо определение в крови:
    1. паратгормона
    2. остеокальцина, кальция, калия и магния
    3. кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
    4. тироксина

23. При витамин-Д-дефицитном рахите наблюдается сдвиг кислотно-основного состоянияв сторону:
    1. дыхательного алкалоза
    2. метаболического алкалоза
    3. дыхательного ацидоза
    4. метаболического ацидоза

24. Специфическая профилактика витамин-Д-дефицитного рахита здоровым доношеннымдетям проводится препаратами витамина д в суточной дозе равной ме:
    1. 400 – 500
    2. 500 – 1000
    3. 2000 – 4000
    4. 5000

25. Причиной судорог при спазмофилии является:
    1. гипофосфатемия
    2. гипокальциемия
    3. снижение активности фосфатазы
    4. гиперкальциемия
    5. гипокалемия

26. Одним из клинических проявлений явной спазмофилии является:
    1. лихорадка
    2. ларингоспазм
    3. диарея
    4. гипертония

27. Заподозрить у ребенка тетанию можно по:
    1. плохому аппетиту
    2. адинамии
    3. анемии
    4. беспокойству, вздрагиванию

28. В лечении гипервитаминоза D не используются:
    1. препараты Са
    2. овощная диета
    3. глюкокортикостероиды
    4. дезинтоксикационная терапия
    5. витамины “А” и “Е”

29. Спазмофилия встречается:
    1. у новорожденных детей
    2. у детей грудного возраста
    3. в пубертатном периоде
    4. в дошкольном возрасте
    5. в раннем неонатальном периоде

30. Сокращение мускулатуры лица при постукивании молоточком по скуловой дугеназывается симптомом:
    1. Хвостека
    2. Труссо

3. Маслова
4. Эрба
5. Люста

31. Много витамина Д содержится в:
    1. коровьем молоке
    2. печени трески
    3. овощах
    4. хлебе грубого помола
    5. фруктах

32. Симптомами гипервитаминоза D у детей являются:
    1. высокая температура, жидкий стул
    2. рвота, потеря массы тела, гипофосфатемия , положительная проба Сулковича
    3. повышенный аппетит, гиперфосфатемия, отрицательная проба Сулковича
    4. краниотабес, остеомаляция
    5. гипотония, метеоризм, гепатомегалия

33. При гипервитаминозе D отмечаются:
    1. гипокальциемия
    2. гиперкальциемия
    3. гипофосфатемия
    4. высокая активность щелочной фосфатазы
    5. гиперкалемия

34. Факторы, провоцирующие судороги при спазмофилии все кроме:
    1. повышенная инсоляция в весеннее время
    2. диета, бедная солями кальция
    3. диета, богатая солями кальция
    4. рахит
    5. лечение большими дозами витамина D

35. При скрытой спазмофилии выявляют симптомы кроме:
    1. лицевой феномен Хвостека
    2. карпопедальный спазм
    3. симптом Люста
    4. симптом Маслова
    5. феномен Труссо

36. В развитии гипервитаминоза D предрасполагающую роль играют:
    1. возраст матери
    2. климатогеографические условия
    3. повышенная чувствительность к вит D, прием больших доз витамина D
    4. пол ребенка
    5. неблагоприятные бытовые условия

37. Железодефицитная анемия по характеристикам периферической крови относится к:
    1. гипохромной, микроцитарной, регенераторной
    2. нормохромной, нормоцитарной, регенераторной
    3. гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной

4. гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной

38. Какие изменения периферической крови трактуются как анемия?
    1. снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
    2. снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
    3. снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
    4. снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов
39. Запас железа в организме определяет показатель:
    1. гемоглобин
    2. трансферрин
    3. ферритин
    4. гематокрит

40. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у школьников является:
    1. авитаминоз
    2. глистная инвазия
    3. нарушение всасывания железа
    4. хроническая кровопотеря

41. К признакам железодефицитной анемии относят повышение:
    1. уровня сывороточного железа
    2. железосвязывающей способности сыворотки крови
    3. коэффициента насыщения трансферрина
    4. уровня ферритина в крови

42. Какой белок транспортирует железо из крови в костный мозг?
    1. гемосидерин
    2. ферритин
    3. трансферрин
    4. миоглобин

43. Примером негемового железа в организме является:
    1. гемоглобин
    2. ферритин
    3. гемосидерин
    4. миоглобин

44. Критерием развития железодефицитной анемии у детей от 6 месяцев до 5 лет по нормативам ВОЗ (по венозной крови) является снижение гемоглобина менее г/л
    1. 110
    2. 100
    3. 120
    4. 90

45. Для анемии тяжелой степени характерно снижение гемоглобина ниже____г/л:
    1. 90
    2. 100
    3. 70
    4. 80

46. Для диагностики железодефицитной анемии необходимо определение:
    1. железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина
    2. сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
    3. сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина
    4. сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

47. Для диагностики железодефицитной анемии наиболее важным критерием является:
    1. наличие источника кровопотери
    2. наличие гипохромной анемии
    3. снижение сывороточного железа
    4. снижение железосвязывающей способности сыворотки

48. Наиболее частая причина развития железодефицита у детей раннего возраста заключается в:
    1. хронической кровопотере
    2. нерациональном вскармливании
    3. гельминтозе
    4. гемолизе эритроцитов

49. Ребенку в возрасте 25 дней должен быть выставлен диагноз «анемия» при гемоглобинеменее _г/л
    1. 120
    2. 130
    3. 160
    4. 140

50. Для железодефицитной анемии в периферической крови отмечается:
    1. гипохромия, микроцитоз
    2. гиперхромия, макроцитоз
    3. ретикулоцитоз, гиперхромия
    4. макроцитоз, ретикулоцитопения

51. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобиномявляется:
    1. нормохромной
    2. гиперхромной
    3. гипохромной
    4. гипорегенераторной
    5. гиперрегенераторной

52. Для железодефицитной анемии не характерна:
    1. нарастающая бледность кожных покровов
    2. лимфоаденопатия
    3. утомляемость, раздражительность
    4. трофические нарушения кожи, волос, ногтей
    5. систолический шум на верхушке сердца

53. Первыми клиническими проявлениями железодефицитной анемии являются:
    1. задержка психомоторного развития
    2. гепатолиенальный синдром
    3. бледность кожи и слизистых

4. дистрофия волос и ногтей
5. безбелковые отеки

54. Под анемией у детей 1 года жизни понимается снижение количества гемоглобина менее (г/л):
1. 180
2. 150
3. 130
4. 120
5. 110

55. Способствуют лучшему усвоению железа в ЖКТ:
1. танины
2. дисбактериоз
3. витамин С
4. фосфаты
5. фитиновая кислота

56. Под анемией понимается снижение количества эритроцитов менее (млн.):
1. 5,5
2. 5,0
3. 4,5
4. 4,3
5. 4,0

57. Депонирование железа у ребенка происходит:
1. последний триместр беременности матери
2. в первый триместр беременности матери
3. во второй триместр беременности
4. после рождения
5. на 4-6 мес после рождения

58. При железодефицитной анемии выявляется снижение показателей кроме:
1. процента насыщения трансферрина
2. уровня сывороточного железа
3. уровня ферритина в сыворотке
4. концентрации гемоглобина в эритроците
5. железосвязывающей способности сыворотки крови

59. Латентный дефицит железа (ЛДЖ) характеризуется:
1. низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа
2. низким уровнем гемоглобина
3. снижением уровня сывороточного железа
4. железосвязывающей способностью сыворотки (ОЖСС)

60. Критерием эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железаявляется:
1. увеличение количества тромбоцитов
2. ретикулоцитарная реакция
3. увеличение количества лейкоцитов
4. замедление скорости оседания эритроцитов

61. Длительность ферротерапии в поддерживающей дозировке определяется:
    1. скоростью повышения гемоглобина
    2. факторами риска развития анемии
    3. степенью анемии
    4. экономическими факторами семьи

62. Профилактикой дефицита железа у здорового ребенка 1-го года жизни является своевременное введение прикорма:
    1. молочными кашами
    2. мясными продуктами
    3. овощными пюре
    4. фруктовыми соками

63. Для профилактики анемии ребёнку первого года жизни можно назначить:
    1. витрум бэби
    2. мультитабс
    3. феррум-лек
    4. сорбифер дурулес

64. Терапевтическая доза препаратов железа для перорального применения при железодефицитной анемии составляет _____мг/кг:
    1. 2-3
    2. 4-6
    3. 1-2
    4. 10

65. При лечении железодефицитных анемий не проводится:
    1. заместительная терапия препаратами крови
    2. назначение препаратов железа парентерально
    3. назначение поливитаминов
    4. использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками
    5. назначение препаратов железа per os

66. Депонирование железа у ребенка происходит:
    1. последний триместр беременности матери
    2. в первый триместр беременности матери
    3. во второй триместр беременности
    4. после рождения
    5. на 4-6 месяце после рождения

67. ЖДА у детей после 5 лет диагностируется при снижении гемоглобина ниже (г/л):
    1. 140
    2. 130
    3. 110
    4. 120
    5. 115

68. Систолический шум на верхушке сердца при ЖДА обусловлен:
    1. недостаточностью митрального клапана
    2. недостаточностью трикуспидального клапана
    3. стенозом устья аорты

4. уменьшением вязкости крови
5. стенозом легочного ствола

69. Причинами развития железодефицитных анемий у детей является следующие факторыкроме:
    1. алиментарные (недостаточное поступление железа с пищей)
    2. синдром мальабсорбции
    3. инфекционные заболевания
    4. аплазия костного мозга
    5. 5.повышенная потребность организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды

70. Продолжительность лечения железодефицитной анемии умеренной степени тяжестисоставляет___мес:
    1. 4,5
    2. 3
    3. 3.5
    4. 4.6

71. Препараты железа при латентном дефиците железа используют в половинной терапевтической дозе в течение_____мес.:
    1. 2
    2. 3
    3. 4
    4. 6

Фоновые заболевания

1. Продолжительность периода определения толерантности к пище прибелковоз
    1. 3 – 7 дней
    2. 1 – 2 дня
    3. 7 – 14 дней
    4. 14 – 28 дней

2. При установлении тяжести белково-энергетической недостаточности учитывают:
    1. дефицит массы тела
    2. состояние резистентности организма
    3. состояние толерантности к пище
    4. наличие признаков полигиповитаминоза

3. Для коррекции белка при лечении белково - энергетической недостаточности у детей первого года жизни используется:
    1. низколактозная смесь
    2. смесь для маловесных детей
    3. кисломолочная смесь
    4. творог

4. К начальным симптомам хронического расстройства питания относятся:
    1. бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
    2. повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы

тела
3. снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
4. повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов

5. В питании детей с целиакией можно использовать:
   1. ржаной хлеб
   2. ячменную кашу
   3. кукурузную кашу
   4. пшеничный хлеб

6. Диета при целиакии назначается:
   1. пожизненно
   2. на 1-2 месяца
   3. от 6 мес. до 1 года
   4. до пубертатного периода

7. Для подтверждения диагноза целиакии проводится биопсия слизистой оболочки кишки:
   1. ободочной
   2. повздошной
   3. тощей
   4. прямой

8. При лактазной недостаточности назначается:
   1. панзинорм
   2. фестал
   3. лактазар
   4. креон

9. Термин "экссудативно-катаральный диатез" следует использовать:
   1. в качестве диагноза кожного заболевания
   2. для констатации предрасположенности ребенка к экссудативно-катаральному типу воспаления
   3. для обозначения типа конституции
   4. для обозначения семейной предрасположенности к аллергии
   5. термин устарел и его не следует использовать в практике педиатра

10. Проявления детской экземы у детей обусловлены генетически детерминированнойгиперпродукцией:
    1. IgA
    2. IgE
    3. IgM
    4. IgG

11. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:
    1. нервно-артритическом
    2. лимфатико-гипопластическом
    3. экссудативно-катаральном
    4. геморрагическом
    5. атопическом

12. Внезапная смерть при лимфатико-гипопластическом диатезе может наступить от:
    1. нейротоксикоза
    2. эксикоза
    3. дыхательной недостаточности
    4. острой надпочечниковой недостаточности
    5. почечной недостаточности

13. Кожными проявлениями экссудативно-катарального диатеза являются все кроме:
    1. себорейные чешуйки
    2. строфулюс
    3. «сухая», «мокнущая» экзема
    4. витилиго
    5. опрелости

14. При обострении экссудативного диатеза обычно не назначают:
    1. 7-10 дневные курсы гипосенсибилизирующей терапии
    2. антибиотики
    3. лактобактерин, бифидумбактерин, глюконат кальция
    4. рациональное питание с исключением потенциально аллергенных продуктов 5.
    5. витамины: B_6, C, A, E, B_5, B_{15}

15. Возможные исходы экссудативно-катарального диатеза все кроме:
    1. выздоровление
    2. трансформация в бронхиальную астму
    3. экзема
    4. нейродермит
    5. геморрагический диатез

16. ЭКД чаще возникает у детей в возрасте:
    1. до года
    2. дошкольном
    3. школьном
    4. у новорожденных
    5. после года

17. Для кожных проявлений экссудативного диатеза характерно все кроме:
    1. гнейс
    2. опрелости
    3. молочный струп
    4. эритематозно-папулезная сыпь
    5. геморрагические высыпания

18. Основными принципами диетотерапии при ЭКД являются:
    1. исключение коровьего молока, цитрусовых, шоколада, сахара, яиц
    2. диета богатая углеводами
    3. диета богатая белком
    4. большое количество цитрусовых и сладостей
    5. ранее смешанное вскармливание

19. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при

диатезе:

1. нервно-артритическом
2. лимфатико-гипопластическом
3. экссудативно-катаральном
4. геморрагическом
5. атопическом

20. Характерные лабораторные изменения при экссудативно-катаральном диатезе:
    1. нейтрофилез со сдвигом влево
    2. гиперпротеинемия
    3. увеличение Ig E, снижение Jg A
    4. ацидоз
    5. гипергликемия

21. В целях профилактики развития аномалий конституции используют все кроме:
    1. рациональное питание беременных женщин из “аллергических семей”
    2. ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное вскармливание
    3. естественное вскармливание с относительно поздним введением соков и прикорма
    4. прикорм с исключением облигатных аллергенов
    5. индивидуальный план прививок с проведением подготовки и неспецифической гипосенсибилизации

22. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и накоплении мочевой кислоты, называется:
    1. лимфатико-гипопластическим
    2. нервно-артритическим
    3. экссудативно-катаральным
    4. геморрагическим
    5. атопическим

23. Укажите, какие синдромы не характерны для нервно-артритического диатеза:
    1. обменный
    2. кожный
    3. неврастенический
    4. спастический
    5. гепато-лиенальный

24. При лечении детской экземы в последнюю очередь будут использованы:
    1. антигистаминные препараты
    2. седативные препараты
    3. ферменты
    4. глюкокортикоиды
    5. диетотерапия

25. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:
    1. нервно-артритическим
    2. лимфатико-гипопластическим
    3. экссудативно-катаральным
    4. геморрагическим

5. атопическим

26. Лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний как:
    1. детская экзема
    2. синдром мальабсорбции
    3. синдром внезапной смерти
    4. подагра
    5. мочекаменная болезнь

27. Сроки возникновения нервно – артритического диатеза у детей:
    1. до года
    2. до 2-х лет
    3. 3 года
    4. в школьном возрасте, чаще от 7 до 12 лет
    5. в подростковом

28. При гипероксалурии исключают из питания:
    1. огурцы
    2. горох
    3. щавель
    4. картофель

Болезни органов дыхания у детей раннего возраста

1. Для обструктивного бронхита характерно:
    1. пульсация шейных вен
    2. брадипное
    3. бледность кожных покровов
    4. экспираторная одышка
    5. инспираторная одышка

2. Характер перкуторного звука при простом бронхите:
    1. локальное притупление
    2. коробочный оттенок
    3. укорочение
    4. ”бедренный” звук
    5. легочной звук

3. Рентгенологическая картина острых бронхитов:
1. наличие инфильтратов в легких
2. прикорневая инфильтрация
3. усиление легочного рисунка
4. деформация прикорневого рисунка
5. оголение корней легких

4. Для острого обструктивного бронхита характерно все кроме:
1. инспираторная одышка
2. экспираторная одышка
3. коробочный оттенок перкуторного звука
4. сухие свистящие хрипы
5. усиление легочного рисунка, повышенная прозрачность на рентгенограмме

5. Аускультативная симптоматика при острых бронхитах:
1. нет хрипов
2. сухие хрипы, влажные среднепузырчатые хрипы
3. ослабленное дыхание
4. локальные мелкопузырчатые
5. крепитирующие

6. Препарат, который обладает бронходилатирующим действием:
1. Амброксол
2. Ацетилцистеин
3. Сальбутамол
4. Бромгексин
5. Мукалтин

7. Ведущим этиологическим фактором, вызывающим острый бронхиолит, является:
1. респираторно-синтициальный вирус
2. коронавирус
3. ротавирус
4. метапневмовирус

8. Пик заболеваемости бронхиолитом наблюдается у детей:
1. младшего школьного возраста
2. первого года жизни
3. в возрасте от 1 до 3 лет
4. дошкольного возраста

9. К основным физикальным признакам острого бронхита относят _____хрипы:
1. локальные сухие
2. рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
3. локальные мелкопузырчатые влажные
4. рассеянные мелкопузырчатые

10. К основным физикальным признакам обструктивного бронхита относят хрипы:
1. локальные сухие
2. рассеянные сухие свистящие
3. рассеянные мелкопузырчатые
4. локальные мелкопузырчатые

11. Основным возбудителем бронхитов у детей является:
1. хламидия
2. микоплазма
3. респираторный вирус
4. легионелла

12. К основным физикальным признакам бронхиолита относят_____хрипы:
1. рассеянные сухие
2. локальные мелкопузырчатые
3. локальные сухие
4. рассеянные мелкопузырчатые

13. О развитии дыхательной недостаточности у ребенка с обструктивным бронхитом свидетельствует:
1. появление коробочного перкуторного звука
2. наличие свистящих хрипов при аускультации
3. наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации
4. участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

14. Наиболее частой причиной развития бронхита у детей является:
    1. грибковая инфекция
    2. бактериальная инфекция
    3. вирусная инфекция
    4. аллергическая реакция

15. При обструктивном бронхите выслушивают_____хрипы:
    1. диффузные сухие свистящие
    2. диффузные мелкопузырчатые влажные
    3. локальные мелкопузырчатые влажные
    4. диффузные разнокалиберные влажные

16. Для острого простого бронхита характерен_____перкуторный звук:
    1. притупленный
    2. легочный
    3. коробочный
    4. укороченный легочный

17. Детям с обструктивным бронхитом показано назначение:
    1. антибактериальной терапии
    2. ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками
    3. базисной терапии глюкокортикостероидами
    4. ингаляционной терапии бета2-агонистами

18. «Золотым стандартом» в диагностике острой пневмонии являются:
    1. инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме
    2. разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
    3. воспалительные изменения в общем анализе крови
    4. повышение температуры, кашель влажный, симптомы

19. К показателю тяжести пневмонии относят:
    1. температуру
    2. кашель
    3. степень дыхательной недостаточности
    4. локализованные хрипы

20. Основным возбудителем внебольничной пневмонии у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:
    1. стафилококк
    2. стрептококк
    3. энтерококк
    4. пневмококк

21. Основными физикальными признаками очаговой пневмонии являются__хрипы:
    1. рассеянные сухие свистящие
    2. локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
    3. локальные сухие свистящие
    4. рассеянные мелкопузырчатые влажные

22. К основным физикальным признакам полисегментарной пневмонии относят:
    1. локальные разнокалиберные влажные хрипы
    2. притупление перкуторного звука
    3. коробочный звук при перкуссии
    4. рассеянные мелкопузырчатые хрипы

23. К клиническому проявлению пневмоцистной пневмонии относят:

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

24. Ведущим клиническим симптомом в диагностике пневмонии является:
1. .жесткое дыхание
2 .ослабленное дыхание
3. .локальная крепитация
4. одышка

25. К наиболее частым осложнениям пневмонии у детей относят:
1. надпочечниковую недостаточность
2. кишечный токсикоз
3. дыхательную недостаточность
4. судорожный синдром

26. Этиология пневмонии в первом полугодии жизни, меньшее значение имеетфлора:
1. стафилококк
2. пневмококк
3. клебсиелла
4. синегнойная палочка
5. стрептококк

27. Развитие пиопневмоторакса в первые 2-3 дня от начала заболевания типично для пневмонии:
1. пневмококковой
2. пневмоцистной
3. микоплазменной
4. стафилококковой
5. грибковой

28. Максимально нарушается диффузия газов при пневмонии
1. очагово-сливной
2. сегментарной
3. крупозной
4. интерстициальной
5. деструктивной

29. Показанием к проведению инфузионной терапии при пневмонии является:
1. одышка
2. тахикардия
3. олигурия
4. анорексия
5. гипертермия

30. При ДН1 отмечается:
1. одышка в покое
2. участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
3. периоральный цианоз
4. бледность лица
5. отношение пульса к числу дыхания как 3,5:1

31. В качестве этиологического фактора внебольничных пневмоний у детейстарше 6 месяцев преобладает флора:

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

32. В этиологии пневмонии у редко болеющих детей после года ведущее значениеимеет:
1. пневмококк
2. стрептококк
3. стафилококк
4. клебсиелла

33. Утолщение кожной складки над пораженным участком типично:
1. для очаговой пневмонии
2. для ателектаза
3. для пневторакса
4. для гнойного плеврита

34. Причиной экспираторной одышки является:
1. стеноз гортани
2. пневмония
3. бронхоспазм
4. трахеит
5. синусит

35. Ранними признаками острых пневмоний являются:
1. сухие рассеянные хрипы
2. жесткое дыхание
3. ослабленная бронхофония
4. хриплый голос
5. локальные влажные мелкопузырчатые хрипы

36. Локальная физикальная симптоматика (укорочение перкуторного звука, ослабление или бронхиальный оттенок дыхания, локальные хрипы над местом поражения) является достоверным признаком:
1. острой пневмонии
2. обструктивного бронхита
3. ОРВИ
4. бронхиолита
5. бронхиальной астмы

37. К возникновению острой пневмонии у детей раннего возраста предрасполагают состояния, кроме:
1. паратрофия
2. гипотрофия
3. эксудативный диатез
4. рахит
5. гемофилия

38. Основные клинические признаки пневмонии все, кроме:
1. повышение температуры тела выше 38, 5^0 более 3-х дней
2. локальные укорочения перкуторного звука
3. рентгенологически – инфильтрация легочной ткани
4. отеки
5. локальные крепитирующие хрипы

39. К гнойным осложнениям стафилококковой пневмонии относятся:

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

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

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

Болезни органов дыхания у детей старшего возраста

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

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

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

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

3. Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы применяют:

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

4.Наиболее частым побочным эффектом ингаляционныхглюкокортикостероидов является:

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

5.К быстрому и пролонгированному бронходилатирующему эффекту приводит сочетанное применение ипратропиум-бромида и:

1. β2-агонистов
2. кромогликата натрия
3. м-холинолитиков
4. адреналина

6.Первыми признаками передозировки эуфиллина являются:
1. головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
2. падение артериального давления и головокружение
3. нарушение сердечного ритма и обморок
4. повышение артериального давления и шум в ушах

7.Ребенку и его семье при диагностировании у него бронхиальной астмы врач должен рекомендовать:
1. обучение на дому
2. исключение всех физических нагрузок
3. смену места жительства
4. посещение астма-школы

8.Основу третичной профилактики бронхиальной астмы составляют мероприятия, направленные на:
1. укрепление иммунитета
2. предотвращение развития аллергической сенсибилизации
3. исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
4. устранение контакта со значимыми аллергенами

9.Для купирования легкой и средней степени тяжести приступа бронхиальной астмы применяется:
1. оральный кортикостероид
2. бета-2-агонист короткого действия
3. ингаляционный кортикостероид
4. теофиллин короткого действия

10.При обострении хронического процесса в легких назначают:
1. цитостатики
2. антибиотики
3. антигистаминные
4. адреноблокаторы

11.Исключением для бронхиальной астмы является:
1. повышение хлоридов в поте и моче
2. повышение igев крови
3. повышение эозинофилов в крови
4. нарушение функции внешнего дыхания

12.С помощью пикфлоуметра измеряется:
1. сатурация кислорода
2. напряжение кислорода в крови
3. максимальная (пиковая) скорость выдоха
4. напряжение углекислого газа в крови

13.Объем форсированного выдоха за первую секунду (офв1) при тяжелойбронхиальной астме менее__%:
1. 60
2. 70
3. 80
4. 90

14.При астматическом статусе в стадии декомпенсации при аускультации выслушивают:
1. ослабленное дыхание

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

15.При пикфлуометрии определяют:
1. жизненную емкость легких
2. объем форсированного выдоха
3. форсированную жизненную емкость легких
4. пиковую скорость выдоха

16.Какой вариант не используется в поддерживающей терапии на третьей ступени лечения бронхиальной астмы:
1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс 2-агониста длительного действия
2. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
3. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс антилесйкотриены
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

17.Критериями тяжелого приступа бронхиальной астмы у детей не являются:
1. вынужденное положение ребенка в постели
2. свистящее дыхание и затруднение речи
3. нерезкая экспираторная одышка
4. участие вспомогательных мышц резко выражено

18.Одной из основных жалоб больного с бронхиальной астмой является жалоба на:
1. кашель с гнойной мокротой
2. кровохарканье
3. приступы удушья
4. боль в грудной клетке

19.Для аускультативной картины во время приступа бронхиальной астмы наиболее характерно наличие:
1. крепитации
2. влажных мелкопузырчатых хрипов
3. шума трения плевры
4. сухих свистящих хрипов

20.При атопической бронхиальной астме наблюдается гиперпродукция иммуноглобулинов класса**:**
1. e
2. a
3. м
4. g

21.Бронхиальная астма с повторяющимися приступами весной обусловлена сенсибилизацией к_____аллергенам:
1. эпидермальным
2. пыльцевым
3. пищевым
4. грибковым

22.Бронхиальная астма – это:
1. хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
2. хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
3. заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое

воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
4. хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

23.Объем форсированного выдоха за первую секунду (офв1) при тяжелойбронхиальной астме менее %:
1. 60
2. 70
3. 80
4. 90

24.Гиперреактивность бронхов – это:
1. неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и ъеспецифические триггеры
2. повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
3. склонностьк неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
4. изменение реологических свойств мокроты

25.Перечислите возможные варианты поддерживающей терапии на второй ступени лечения бронхиальной астмы:
1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов или антилейкотриеновый препарат
2. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов и теофилин пролонгированногодействия
3. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

26.Наиболее информативное значение в диагностике бронхиальной астмы у детей в возрасте старше 5 лет имеет:
1. общий анализ крови
2. определение общего ige в сыворотке крови
3. исследование функции внешнего дыхания
4. рентгенография органов грудной клетки

27.Для купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе применяют:
1. флутиказон
2. эуфиллин
3. цетиризин
4. сальбутамол

28.Каким свойством обладает зафирлукаст?
1. блокирует гистаминовые рецепторы
2. оказывает отхаркивающее действие
3. является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
4. является ингибитором синтеза простагландинов

29.Признак, не характерный для бронхиальной астмы:
1. повышение хлоридов в поте и моче
2. жесткое дыхание
3. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
4. рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

30.С помощью пикфлоуметра измеряется:
1. жизненная емкость легких
2. остаточный объем легких
3. общая емкость выдоха
4. максимальная (пиковая) скорость выдоха (pef)

31.Наиболее типичным в клинике бронхиальной астмы у детей раннего возраста является:
1. затрудненный вдох
2. асимметричные влажные хрипы в легких
3. затрудненный выдох
4. ослабление дыхания при аускультации легких

32.Бронхиальная астма характеризуется:
1. экспираторной одышкой
2. афонией
3. инспираторной одышкой
4. дизурией

33.Комбинированным препаратом, в состав которого входят фенотерол +ипратропиум бромид, является:
1. сальбутамол
2. аскорил
3. бронхолитин
4. беродуал

34.При обострении бронхиальной астмы препаратом выбора для купирования приступа является:
1. сальбутамол
2. монтелукаст
3. кетотифен
4. преднизолон

35.Основной, постоянно присутствующий симптом, свидетельствующий оналичии бронхоэктатической болезни:
1. сухой кашель
2. влажность кожных покровов
3. постоянное выделение слизисто-гнойной мокроты
4. орви частотой 1-2 раза в год

36.Укажите обязательный компонент определяющий «бронхоэктатическую болезнь»:
1. деформация грудины
2. стафилококковые буллы
3. осиплый голос
4. стойкая деформация бронхов

37.Показанием для оперативного лечения БЭБ является:
1. двухсторонний распространенный хронический процесс
2. небольшой объем поражения с редкими обострениями
3. вторичный хронический воспалительный процесс
4. локализация мешотчатых бронхоэктазов в пределах одной доли, при частых обострениях

38.Окончательный диагноз бронхоэктазов позволит установить:
1. рентгенография органов грудной клетки

2. спирография
3. бронхография
4. бронхоскопия

39.К необратимым морфологическим изменениям при бронхоэктатической болезни относят:
1. инфильтрация легочной ткани
2. пневмосклероз
3. деформация бронхов без бронхоэктазов
4. симптомы интоксикации

40.Муковисцидоз не сопровождается:
1. отставанием в физическом развитии
2. частыми гайморитами
3. микроцефалией
4. полигиповитаминозами

41.Решающим в диагностике муковисцидоза является:
1. определение хлоридов в поте
2. определение хлоридов в сыворотке
3. исследование фвд
4. определение натрия в поте

42.К наследственным заболеваниям легких относят:
1. муковисцидоз
2. бронхоэктатичесую болезнь
3. хронический бронхиолит
4. гипоплазия легкого

43.К болезням легких возникших в периоде новорожденности относят:
1. хронический бронхит
2. муковисцидоз
3. бронхиальную астму 4) бронхолегочную дисплазию

44.К врожденным порокам развития легких не относятся:
1. агенезия легкого
2. трахеобронхомегалия
2. поликистоз легких
3. синдром мальабсорбции

45.Что из ниже перечисленного не имеет принципиального значения в анамнезе больных муковисцидозом:
1. наличие хронических бронхолегочных заболеваний среди родственников больного
2. случаи смерти новорожденных в семейном анамнезе от кишечнойнепроводимости
3. алкоголизм родителей
4. случаи смерти детей в семье от муковисцидоза

46. В диагностике муковисцидоза не имеютзначение:
1. потовый тест
2. исследование функции поджелудочной железы
3. копрологическое исследование
4. биопсия тонкойкишки

47. Для муковисцидоза не характерны следующие клинические симптомы:
1. множественные поражения бронхолегочной системы

2. упорный кишечный синдром
3. симптомы «соленого» ребенка
4. вид «паука»

Болезни органов кровообращения у детей раннего и старшего возраста

1. .Особенностью ревматического перикардита является:
1. небольшой объем выпота
2. значительный объем выпота
3. развитие фибринозного перикардита
4. частое развитие тампонады сердца

2. Наиболее информативными и доступными диагностическими методами исследования при болезнях перикарда являются:
1. электрокардиография и магниторезонансная томография сердца
2. рентгенография органов грудной клетки
3. перикардиоцентез
4. эхокардиография

3. До установления точного диагноза артрита в его лечении можно использовать:
1. нестероидные противовоспалительные препараты
2. антибиотики
3. преднизолон
4. сульфаниламиды

4. Острая правожелудочковая недостаточность с симптомами застоя развивается в результате:
1. перегрузки правых отделов сердца
1. перегрузки левых отделов сердца
2. нарушений сердечного ритма
3. ишемии миокарда

5. Сердечная недостаточность 1 стадии у детей характеризуется:
1. цианозом в покое
2. тахикардией в покое
3. тахипноэ при физической нагрузке
4. увеличением печени

6. К селективным маркерам миокардиального повреждения относят:
1. аланинаминотрансферазу
2. с-реактивный белок
3. аспартатаминотрансферазу
4. креатинфосфокиназу и мв-фракции

7. Увеличение печени наиболее вероятно при:
1. левожелудочковой сердечной недостаточности
2. сосудистой недостаточности
3. правожелудочковой сердечной недостаточности
4. синусовой аритмии

8. Острая сосудистая недостаточность проявляется:
1. сухими хрипами в легких
2. падением артериального давления
3. влажными хрипами в легких
4. влажным кашлем

9. Сердечная недостаточность не может быть следствием:

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

10. Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется:
1. появлением влажных хрипов в легких, тахикардией, тахипноэ
2. увеличением размеров печени
3. повышением артериального давления
4. отеками на ногах

11. Характерным признаком артрита при острой ревматической лихорадке является:
1. поражение мелких суставов
2. летучесть болей
3. утренняя скованность суставов
4. длительное течение артрита

12. Поражение почек при ревматоидном артрите чаще характеризуется:
1. интерстициальным нефритом
2. пиелонефритом
3. амилоидозом
4. дисметаболической нефропатией

13. При инфекционном эндокардите чаще всего поражается эндокард:
1. клапана легочной артерии
2. митрального клапана
3. трехстворчатого клапана
4. аортального клапана

14. Развитию острой ревматической лихорадки предшествует _____инфекция:
1. стрептококковая
2. кишечная
3. стафилококковая
4. вирусная

15. Осмотр врачом-ревматологом пациентов, получающих иммунодепресанты, проводится 1 раз в:
1. 6 месяцев
2. 3 месяца
3. месяц
4. год

16. В лечении ревматического кардита обязательным является назначение:
1. антигистаминных препаратов
2. иммуностимуляторов
3. противовирусных препаратов
4. глюкокортикоидов

17. Одним из основных критериев острой ревматической лихорадки является:
1. полимиозит
2. кардит
3. перитонит
4. артралгия

18. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относят:

1. полиартрит
2. повышение титра асло
3. снижение зубца т на экг
4. увеличение qt на экг

19. У семилетнего мальчика выслушивается систолический шум на верхушкесердца функциональный характер шума подтверждает то, что шум:
1. усиливается в вертикальном положении
2. выслушивается в середине систолы
3. уменьшается при физической нагрузке
4. проводится на сосуды шеи

20. При резко выраженной недостаточности аортального клапана характерным является__артериальное давление:
1. повышенное на руках, пониженное на ногах
2. сниженное систолическое, нормальное диастолическое
3. сниженное систолическое, повышенное диастолическое
4. нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое

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

22. Наиболее достоверным методом исследования при дифференциальной диагностике недостаточности митрального клапана и пролапса митрального клапана является:
1. рентгенография
2. электрокардиограмма
3. эхокардиография
4. векторкардиография

23. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относится:
1. артралгия
2. кардит
3. лихорадка
4. увеличение срб

24. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки покиселю–джонсу–нестерову относится:
1. полиартрит
2. артралгия
3. увеличение соэ
4. увеличение срб

25. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относится:
1. увеличение срб
2. удлинение интервала r-r на экг
3. лихорадка
4. малая хорея

26. Клиническая симптоматика острой ревматической лихорадки развиваетсячерез ___после перенесенной стрептококковой инфекции:
1. 3-4 дня
2. 2-3 недели
3. 5 месяцев
4. 6 недель

27. Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является:
1. β-гемолитический стрептококк группы а
2. вирус коксаки в
3. золотистый стафилококк
4. гемофильная палочка

28 К малым диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по киселю–джонсу–нестерову относится:
1. артралгия
2. кардит
3. полиартрит
4. анулярная эритема

29 При ревмокардите чаще наблюдается поражение_____клапана:
1. легочной артерии
2. трикуспидального
3. аортального
4. митрального

30 К малым диагностическим критериям острой ревматической лихорадки покиселю–джонсу–нестерову относится:
1. полиартрит
2. кардит
3. лихорадка
4. кольцевидная эритема

31. «Большим» диагностическим критерием острой ревматической лихорадкиявляется:
1. удлинение интервала p-qна экг
2. перенесенная стрептококковая инфекция
3. лихорадка
4. кардит

32. .«Большим» диагностическим критерием острой ревматической лихорадки является:
1. кольцевидная эритема
2. артралгия
3. повышенный титр противострептококковых антител (асл-о, асг)
4. удлинение интервала p-q на экг

33. К «Малому» диагностическому критерию острой ревматической лихорадки относят:
1. артралгию
2. хорею
3. подкожные ревматические узелки
4. кардит

34. Вторичная профилактика ревматической лихорадки включает:
1. применение антигистаминных препаратов
2. витаминотерапию

3. бициллинопрофилактику
4. назначение кардиометаболической терапии

35. Дети, перенесшие острую ревматическую лихорадку без формирования порокасердца, подлежат диспансерному наблюдению в течение:
1. 10 лет
2. 3 лет
3. 5 лет
4. 1 года

36. После окончания стационарного лечения ребенка с острой ревматическойлихорадкой переводят на второй этап лечения в:
1. поликлинику
2. санаторий
3. диагностический центр
4. туберкулезный диспансер

37. К большим диагностическим критериям ревматизма относится:
1. ускорение соэ
2. лихорадка
3. лейкоцитоз
4. кардит

38. При выслушивании систолического шума во втором межреберье слева отгрудины необходимо исключить патологию _____клапана:
1. аортального
2. митрального
3. легочного
4. трехстворчатого

39. При острой ревматической лихорадке поверхностной обратимой стадией дезорганизации соединительной ткани являются:
1. склероз
2. гранулематоз
3. фибриноидные изменения
4. мукоидное набухание

40. В соединительной ткани сердца при острой ревматической лихорадке определяются:
1. волчаночные клетки
2. гранулемы ашоффа-талалаева
3. клетки гоше
4. клетки березовского-штернберга

41. Для аускультативной картины недостаточности митрального клапана характерен:
1. грубый систолический шум над всей областью сердца
2. рокочущий диастолический шум на верхушке после усиленного i тона
3. дующий систолический шум после ослабленного i тона на верхушке
4. громкий, протяжный систолический шум в области нижней трети грудины

42. Признаками застоя в большом круге кровообращения (правожелудочковыйтип недостаточности) являются:
1. брадикардия, бледность кожных покровов
2. влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
3. отеки и увеличение печени
4. продуктивный кашель, одышка

43. Аускультативная картина недостаточности митрального клапанахарактеризуется:
1. дующим систолическим шумом на верхушке
2. дующим диастолическим шумом на верхушке
3. диастолическим шумом в v точке
4. усилением i тона на верхушке

44. Аускультативная картина недостаточности митрального клапана характеризуется**:**
1. проведением шума в левую аксиллярную область
2. дующим диастолическим шумом на верхушке
3. диастолическим шумом в v точке
4. усилением i тона на верхушке

45. При митральном стенозе аускультативно определяется:
1. ослабление i тона на верхушке
2. диастолический рокочущий шум на верхушке
3. короткий систолический шум над аортой
4. дующий систолический шум на верхушке

46. При митральном стенозе аускультативно определяется:
1. дующий систолический шум на верхушке
2. ритм «перепела»
3. ослабление i тона на верхушке
4. систолический шум над легочным стволом

47. Из перечисленных показателей гемограммы свидетельствуют об активном воспалительном процессе при ревматизме:
1. лейкоцитоза с нейтрофиллезом
2. лимфоцитоза
3. тромбоцитоза
4. эозинофилия

48. У мальчика 3 лет утомляемость, отставание в физическом развитии, частые респираторные инфекции, дрожание во 2-м межреберье слева, там же систолодиастолический шум, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемия малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз:
1. стеноз легочной артерии
2. дефект межжелудочковой перегородки
3. дефект межпредсердной перегородки
4. открытый артериальный проток
5. коарктация аорты

49. Легочная гипертензия не наблюдается:
1. при открытом артериальном протоке
2. при дефекте межпредсердной перегородки
3. атриовентрикулярной коммуникации
4. при изолированном стенозе легочной артерии
5. при дефекте межжелудочковой перегородки

50. Одышечно-цианотические приступы наблюдаются при:
1. дефекте межпредсердной перегородки
2. тетраде Фалло
3. открытом артериальном протоке
4. дефекте межжелудочковой перегородки
5. транспозиции магистральных артерий

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

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

52. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением:
1. одышки и непереносимости физической нагрузки
2. повторных пневмоний
3. акцента второго тона на легочной артерии
4. судорог
5. легочной гипертензии

53. При тетраде Фалло наиболее частым осложнением является:
1. бактериальный эндокардит
2. тромбозы сосудов
3. отек легки
4. кровотечение
5. сердечная недостаточность

54. При коарктации аорты в типичном месте у ребенка отсутствует пульсация на артериях:
1. бедренных
2. лучевых
3. височных
4. локтевых

55. Аускультативная картина при открытом артериальном протокехарактеризуется наличием:
1. систолического шума вдоль левого края грудины
2. систолического шума во втором межреберье слева от грудины
3. систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины
4. систолического шума в III – IV межреберье слева от грудины

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

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

58. При аускультации максимальная интенсивность шума при дефекте межжелудочковой перегородки определяется:
1. на верхушке сердца
2. на верхней трети грудины
3. в IV-V межреберье слева от грудины
4. на легочной артерии

59. При каком пороке сердца развивается артериальная гипертензия:
1. дефекте межпредсердной перегородки
2. коарктации аорты

3. стенозе легочной артерии
4. стенозе аорты

60. Для тетрады фалло при рентгенологическом исследовании характернаформа сердца в виде:
1. «снежной бабы»
2. «овоида»
3. «башмачка»
4. «капли»

Болезни желудочно-кишечного тракта

1. Эзофагит характеризуется болями:
1. за грудиной
2. в эпигастрии
3. в правой подреберье
4. в левом подреберье

2. Наличие изжоги свидетельствует о:
1. повышении кислотности желудочного содержимого
2. забросе желудочного содержимого в пищевод
3. забросе желчи в желудок
4. дискинезии желчевыводящих путей

3. Диагноз пилорического хеликобактериоза уточняется при:
1. положительном уреазном тесте
2. клинико-эндоскопическом исследовании
3. выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
4. серологическом исследовании

4. Наиболее физиологичным методом определения кислотности является:
1. ацидотест
2. фракционный метод
3. метод толстым зондом по боасу - эвальду
4. ph-метрия

5. При подозрении на кровотечение из вен пищевода целесообразно первымпровести:
1. эзофагоскопию
2. узи брюшной полости
3. рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
4. узи пищевода

6. Helicobacter pylori относится к:
1. вирусам
2. грамотрицательным бактериям
3. грамположительным бактериям
4. простейшим

7. Helicobacter pylori преимущественно паразитирует в:
1. теле желудка
2. луковице двенадцатиперстной кишки
3. антральном отделе желудка
4. в области дна желудка

8. Наиболее информативным методом диагностики обострения

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

9. К группе блокаторов «протонной помпы» относится:
1. гастроцепин
2. омепразол
3. ранитидин
4. фамотидин

10. К холекинетикам относится:
1. аллохол
2. лиобил
3. сорбит
4. никодин

11. К ферментативным микросферическим препаратам относится:
1. креон
2. мезим
3. фестал
4. панзинорм

12. Наиболее выраженным эффектом подавления секреции кислоты в желудкеобладают:
1. антациды
2. блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа
3. м-холинолитики
4. блокаторы «протонного насоса»

13. Оптимальнай схемой лечения гастрита ассоциированного helicobacterpylori является назначение:
1. де-нола, антибиотиков, антисекреторных препаратов
2. антацидов, трихопола
3. антацидов, антисекреторных препаратов
4. цитопротекторов, трихопола

14. К антацидам относится:
1. актовегин
2. солкосерил
3. облепиховое масло
4. альмагель

15. М-холиноблокирующим действием обладает:
1. гастроцепин
2. амоксициллин
3. де-нол
4. трихопол

16. Диетической профилактикой колитов, сопровождающихся запорами,является назначение:
1. желчегонной диеты
2. диеты с механически обработанной клетчаткой
3. молочно-растительной диеты
4. возрастного общего стола

17. Наиболее информативным исследованием при гастрите является:
1. эндоскопия
2. рентгеноконтрастное исследование
3. узи
4. иридодиагностика

18. Наиболее информативным признаком для распознавания дуоденогастральногорефлюкса является:
1. гиперацидность
2. обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
3. горечь во рту
4. рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи

19. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки следует провести:
1. дуоденальное зондирование
2. исследование кала на скрытую кровь
3. рентгеноконтрастное исследование
4. гастродуоденоскопию

20. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:
1. кровотечение
2. перфорация
3. пенетрация в поджелудочную железу
4. малигнизация

21. Для заболевания желчного пузыря характерным является симптом:
1. пастернацкого
2. мерфи
3. щеткина-блюмберга
4. мейо-робсона

22. Признаком дискинезии желчных путей является:
1. боль в правом подреберье
2. субиктеричность склер
3. обложенность языка
4. появление телеангиоэктазий

23. Поражение поджелудочной железы обязательно при:
1. кишечной инфекции
2. скарлатине
3. муковисцидозе
4. колите

24. Больному с эзофагитом назначают:
1. ферменты
2. нерастворимые антациды
3. спазмолитики
4. седативные препараты

25. Основным методом диагностики helicobacter pylori является:
1. цитологический
2. уреазный
3. гистологический
4. серологический

26. Лекарственным средством, обладающим антихеликобактернымдействием, является:
1. кларитромицин
2. гентамицин
3. эзомепразол
4. метоклопрамид

27. Для лечения гастроэзофагеального рефлюкса эффективно назначение:
1. актовегина
2. метоклопрамида
3. амоксициллина
4. папаверина

28. Методом профилактики желчно-каменной болезни является:
1. рациональное питание
2. физическая нагрузка
3. режим дня
4. медикаментозная терапия

29. Характерным клиническим признаком для острого панкреатита является:
1. изжога
2. рвота
3. запор
4. зуд кожи

30. При остром панкреатите в крови повышается уровень:
1. белка
2. холестерина
3. амилазы
4. калия

31. При хроническом гастрите ассоциированном с хеликобактером пилорическимопределяется:
1. локализация процесса в теле желудка
2. в12-дефицитная анемия
3. базальная секреция с рн выше 2,5
4. эрозивный антральный гастрит

32. К осложнениям язвенной болезни 12-перстной кишки относится:
1. пенетрация
2. холестаз
3. хронический запор
4. рефлюксная болезнь

33. Наиболее информативным методом диагностики острого панкреатита является:
1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. биохимический анализ крови
4. копрограмма

34. Диагностически информативным показателем при остром панкреатитеявляется:
1. гипопротеинемия
2. гипербилирубинемия
3. гиперурикемия
4. амилаземия

35. Диагностически информативным показателем при остром панкреатитеявляется:
1. липаземия
2. гипопротеинемия
3. гипербилирубинемия
4. гиперурикемия

36. Для подтверждения диагноза острого панкреатита необходимо получитьданные об уровне:
1. белка в крови
2. белка в моче
3. ферментов в крови
4. глюкозы в крови

37. Наличие изжоги у ребенка 10 лет свидетельствует о:
1. забросе желудочного содержимого в пищевод
2. повышенной кислотности желудочного содержимого
3. язвенной болезни желудка
4. диафрагмальной грыже

38. Омепразол:
1. является ингибитором h2-гистаминовых рецепторов
2. уменьшает образование соляной кислоты
3. относится к антацидным препаратам
4. влияет на перистальтику кишечника

39. Усиливают сокращение желчного пузыря:
1. холецистокинин и гастрин
2. глюкагон и кальцитонин
3. тироксин и трийодтиронин
4. гормоны гипофиза

40. К осложнениям язвенной болезни относится:
1. желтуха
2. пенетрация
3. долихоколон
4. холецистохолангит

41. Стеноз пилоробульбарной зоны у ребенка с язвенной болезнью можнозаподозрить при наличии**:**
1. рвоты пищей, съеденной накануне, приносящей облегчение, усиления перистальтикижелудка
2. рвоты цвета «кофейной гущи», черного дегтеобразного стула
3. рвоты, не приносящей облегчения, усиления болевого синдрома с иррадиацией в спину
4. многократной рвоты и жидкого стула, лихорадки, симптомов интоксикации

42. К неинвазивным диагностическим методам выявления helicobacter pylori (h.pylori) относится:
1. биохимический метод (быстрый уреазный тест)
2. изотопный уреазный дыхательный тест
3. иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител
4. выявление h.pylori в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепнойреакции

Болезни мочевыделительной системы

1. Фильтрационную функцию почек характеризует:
1. клиренс эндогенного креатинина
2. осмолярность мочи
3. относительная плотность мочи
4. уровень общего белка крови

2. Для нефротического синдрома характерна:
1. бактериурия
2. протеинурия более 3 г/сут., гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия
3. гематурия
4. гипертония

3. Мочевой синдром при пиелонефрите характеризуется:
1. протеинурией
2. гематурией
3. лейкоцитурией с бактериурией
4. цилиндрурией

4. Для смешанной формы гломерулонефрита характерна:
1. протеинурия
2. гематурия
3. лейкоцитурия с бактериурией
4. гематурия с протеинурией

5. Одна из причин развития хронической почечной недостаточности у детейраннего возраста – это:
1. агенезия или гипоплазия почек
2. гемолитико-уремический синдром
3. хронический и подострый гломерулонефрит
4. капилляротоксический и волчаночныйнефрит

6. Наиболее частым возбудителем при развитии острого первичного пиелонефрита является:
1. клебсиелла
2. кишечная палочка
3. протей
4. синегнойная палочка

7. Обнаружение эритроцитарных цилиндров характерно для:
1. острого цистита
2. вульвовагинита
3. гломерулонефрита
4. пиелонефрита

8. Острый постстрептококковый гломерулонефрит чаще развивается:
1. без связи с перенесенными заболеваниями
2. на высоте респираторного заболевания
3. через месяц после перенесенного респираторного заболевания
4. через 7-14 дней послеперенесенной стрептококковой инфекции

9. Преобладание лейкоцитов нейтрофильного характера в мочевом осадкесвидетельствует о:
1. пиелонефрите
2. аномалии развития органов мочевой системы
3. гломерулонефрите

4. тубуло-интерстициальном нефрите

10. При гломерулонефрите у детей наиболее частым этиопатогенетическим механизмом воспаления является:
1. абактериальное токсико-аллергическое
2. иммунокомплексное
3. аутоиммунное
4. бактериальное

11. Противопоказанием для проведения экскреторной урографии является:
1. непереносимость белков коровьего молока
2. острая почечная недостаточность
3. непереносимость йода
4. нарушение концентрационной способности почек

12. Антибактериальная терапия в острый период гломерулонефрита назначаетсяна: весь период терапии:
1. 1 месяц
2. 3 месяца
3. 7-14 дней

13. Для купирования почечной колики в первую очередь показано введение:
1. спазмолитиков
2. антибиотиков
3. анальгетиков
4. мочегонных препаратов

14. Режим в остром периоде гломерулонефрита должен быть**:**
1. общим
2. постельным
3. палатным
4. полупостельным

15. Для подтверждения стрептококковой этиологии острого гломерулонефрита рекомендовано исследование:
1. иммуноглобулинов а, м, g
2. креатинина, мочевины сыворотки крови
3. антистрептолизина о, антигиалуронидазы
4. общего анализа крови

16. Показателем, отражающим активность воспалительного процесса при пиелонефрите, является:
1. общий белок сыворотки крови
2. мочевина сыворотки крови
3. креатинин сыворотки крови
4. с-реактивный белок

17. Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей первого года жизни с рецидивирующей инфекцией мочевых путей необходимо провести:
1. цистографию
2. в/в урографию
3. ангиографию
4. компьютерную томографию

18. Для нефротического синдрома характерна:
1. гиполипидемия
2. гипераль буминемия

3. гипоальбуминемия
4. гиперпротеинемия

19. Наиболее вероятными признаками пиелонефрита являются:
1. бактериурия, гематурия, протеинурия
2. повышение температуры, протеинурия, гематурия
3. отеки, гематурия, лейкоцитурия
4. повышение температуры, лейкоцитурия, бактериурия

20. Диагностически значимым лабораторным признаком пиелонефрита является:
1. бактериурия
2. гематурия
3. протеинурия
4. цилиндрурия

21. Наиболее частым возбудителем инфекции мочевых путей у детей является:
1. эпидермальный стафилококк
2. кишечная палочка
3. золотистый стафилококк
4. синегнойная палочка

22. При почечной недостаточности в сыворотке крови определяетсяповышение:
1. билирубина
2. альбумина
3. креатинина
4. холестерина

23. Хронический пиелонефрит диагностируется при сохранении признаков болезни в течение_____мес. и более:
1. 1
2. 3
3. 4
4. 6

24. Какое сочетание симптомов патогномонично для пиелонефрита?
1. повышение температуры + боли в животе + нейтрофильная лейкоцитурия+ бактериурия
2. повышение температуры + отеки + протеинурия + гематурия
3. повышение температуры + боли в животе + лимфоцитарная лейкоцитурия+бак териурия
4. отеки + головная боль + протеинурия + гематурия

25. Для нефротического синдрома характерна:
1. гематурия более 1млн./сутки
2. протеинурия более 2,5-3,0 г/л
3. бактериурия более100000/мл
4. лейкоцитурия более 40 млн./сутки

26. При нефротическом синдроме общий анализ крови характеризуется:
1. эозинофилией
2. лейкопенией
3. повышением соэ
4. тромбоцитопенией

27. В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:
1. симптомы интоксикации

2. нарушения диуреза
3. отеки
4. нарушения гемодинам

28.Гломерулонефрит является заболеванием:
1. иммунокомплексным
2. токсико-аллергическим
3. инфекционно-воспалительным
4. инфекционно-аллергическим

29.О частом рецидивировании нефротического синдрома справедливо говорить при наличии:
1. двух обострений за 6 месяцев
2. одного обострения за 5 месяцев
3. одного обострения за 12 месяцев
4. двух обострений за 12 месяцев

30.Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей первого годажизни с рецидивирующей инфекцией мочевых путей необходимо провести:
1. цистографию
2. в/в урографию
3. ангиографию
4. компьютерную томографию

31.Клинико-лабораторными изменениями, характерными для нефротического синдрома, являются отеки и:
1. протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия
2. протеинурия, гиперлипидемия, гематурия
3. протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия
4. лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия

32.Наиболее частой причиной хронической почечной недостаточности у детейявляется:
1. обструктивная уропатия
2. пиелонефрит
3. гломерулонефрит
4. тубулоинтерстициальный нефрит

33.Диагноз вторичный хронический пиелонефрит подтверждается проведением:
1. ультразвукового исследования
2. внутривенной урографии
3. микционной цистографии
4. цистоскопии

34.К основному методу диагностики хронического нефрита относят:
1. цистоскопию
2. биопсию почки
3. ультразвуковое исследование
4. экскреторную урографию

35. В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромомназначаются:
1. макролиды
2. уросептики
3. глюкокортикоиды
4. ингибиторы апф

36. Для острого пиелонефрита в анализе мочи характерналейкоцитурия характера:
    1. лимфоцитарного
    2. нейтрофильного
    3. моноцитарного
    4. эозинофильного

37. Ведущим симптомом при гематурической форме гломерулонефрита является:
    1. лейкоцитурия
    2. гематурия
    3. отеки
    4. протеинурия

38. Признаком нефротического синдрома является:
    1. гипертония
    2. гиполипидемия
    3. протеинурия
    4. Гипофибриногенемия

39. Основным средством лечения пиелонефрита у детей является:
    1. спазмолитическая терапия
    2. диетотерапия
    3. антибактериальная терапия
    4. диуретическая терапия

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

41. Хронический пиелонефрит диагностируется при сохранении признаковболезни в течение___мес. и более:
    1. 1
    2. 3
    3. 4
    4. 6

42. Диагноз инфекции мочевыводящих путей у ребенка первых 6 месяцев подтверждается при выявлении:
    1. макрогематурии, протеинурии
    2. лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробныхединиц/мл при посеве мочи на стерильность
    3. изолированной пиурии и положительного нитратного теста
    4. лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность

Гематология

1. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре в миелограмме характерно:
    1. угнетения мегакариоцитарного ростка
    2. нормальное число мегакариоцитов
    3. раздражение мегакариоцитарного ростка
    4. гиперпродукцией бластных клеток
    5. повышение уровня малодифференцированных макроцитов
2. Тромбоцитоз наблюдается при:
    1. апластической анемии

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

3. К рентгенологическим изменениям в костях скелета, характерным для наследственных гемолитических анемий (гемоглобинопатий), относят:
1. симптом «щетки», «рыбьи позвонки», остеопороз
2. пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия
3. патологические переломы
4. отставание костного возраста на рентгенограмме кисти

4. На всасывание витамина в12 влияет:
1. липаза
2. амилаза
3. гастрин
4. соляная кислота

5. Для предупреждения гемосидероза внутренних органов вследствие множественных переливаниях крови при талассемии используется:
1. ферронат
2. тардиферон
3. десферал
4. мальтофер
5. гемофер

6. Патогенез геморрагического васкулита у детей можно отнести к иммунным реакциям**:**
1. реагинового типа
2. цитотоксического типа
3. иммунокомплексного типа
4. замедленного типа
5. клеточного типа

7. Признаком, который характеризует гемолиз, является:
1. повышение уровня связанного билирубина
2. гиперретикулоцитоз
3. удлинение времени кровотечения
4. удлинение времени свертывания

8. Патогенетическим методом терапии при врожденном сфероцитозе является:
1. терапия глюкокортикоидами
2. пересадка костного мозга
3. назначение иммуноглобулина
4. Спленэктомия

9. Диагноз гемолитической анемии становится несомненным при:
1. снижении уровня гемоглобина
2. снижении продолжительности жизни эритроцитов
3. снижении уровня железа сыворотки
4. гипербилирубинемии

10. При геморрагическом васкулите проявления геморрагического синдромасвязано с:
1. тромбоцитопенией
2. дефицитом факторов свертывания
3. патологией сосудистой стенки
4. недостатком железа в крови

11. При гемофилии время кровотечения:
1. удлиняется
2. не меняется
3. укорачивается
4. в зависимости от периода течения
5. в зависимости от формы гемофилии

12. Тромбоцитопения у детей может наблюдаться при:
    1. геморрагическом васкулите
    2. гемофилии а
    3. апластической анемии
    4. гемолитической анемии
13. В типичных случаях идиопатической тромбоцитопенической пурпуры от шнуровка тромбоцитов из мегакариоцитов:
    1. отсутствует
    2. резко снижена
    3. незначительно снижена
    4. не меняется
    5. увеличена
14. Какое заболевание следует заподозрить у пациента при выявлении гиперрегенераторной анемии:
    1. гемолитическую анемию
    2. гипопластическую анемию
    3. сидеробластную анемию
    4. витаминодефицитную анемию

15. Какие продукты питания являются источниками витамина в12:
    1. овощи и фрукты
    2. чечевица, фасоль, горох
    3. крупяные каши
    4. мясо и молоко

16. Основным гематологическим признаком гемолиза является:
    1. мегакариоцитоз
    2. микросфероцитоз
    3. ретикулоцитоз
    4. анизопойкилоцитоз

17. Среди родственников ребёнка с подозрением на гемофилию больным можетбыть:
    1. дядя по отцовской линии
    2. отец ребенка
    3. дедушка по отцовской линии
    4. дядя по материнской линии

18. Выраженность геморрагического синдрома при гемофилии А зависит:
    1. от возраста больного
    2. от частоты встречаемости гемофилии в семье больного 3 - от пола ребенка
    3. от степени снижения VIII фактора свертывания крови
    4. от степени снижения IX фактора свертывания крови

19. Биохимическим признаком внутриклеточного гемолиза является повышение:
    1. прямого билирубина
    2. прямого билирубина + свободного гемоглобина
    3. непрямого билирубина + свободного гемоглобина
    4. непрямого билирубина

20. Симптомы, не сопутствующие анемии Фанкони:
    1. нарушения пигментации
    2. дефекты костей (конечностей, кистей и т. д.)
    3. врожденные дефекты ЦНС, почек, сердца, половых органов
    4. спленомегалия

21. Гематологический признак, не характерный для апластических анемий:
    1. ретикулоцитопения
    2. уменьшение количества эритроцитов, лейкоцитов
    3. тромбоцитопения
    4. гипофибриногенемия

22. Тромбоцитопения у детей может наблюдаться при:
    1. геморрагическом васкулите
    2. железодефицитной анемии
    3. тромбоцитопенической пурпуре
    4. гемолитической анемии

23. Патогенез наследственного микросфероцитоза определяется:
    1. наследственным дефектом мембраны эритроцитов
    2. наследственным дефицитом активности ферментов эритроцитов
    3. наличием аномальных гемоглобинов
    4. снижением темпов синтеза гемоглобиновых цепей
    5. выработкой аутоантител против собственных эритроцитов

24. Изоиммунная тромбоцитопеническая пурпура возникает в результате:
    1. недостаточного образования тромбоцитов
    2. несовместимости крови матери и плода по АВ0-системе
    3. несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
    4. наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов

25. При выявлении у больного в периферической крови анемии, тромбоцитопении, бластоза наиболее вероятным диагнозом является:
    1. апластическая анемия
    2. острый лейкоз
    3. инфекционный мононуклеоз
    4. тромбоцитопеническая пурпура

26. При гемофилии кровоточивость бывает:
    1. петехиально-пятнистой
    2. васкулитно-пурпурной
    3. гематомной
    4. ангиоматозной

27. При гемофилии «в» в плазме крови снижается содержание фактора:
    1. IX
    2. VIII
    3. VII
    4. Виллебранда

28. Фактор VIII больному гемофилией а вводится:
    1. внутривенно капельно
    2. подкожно
    3. внутривенно струйно
    4. внутримышечно

29. Признаками гемолиза являются:
    1. анемия + ретикулоцитоз
    2. повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
    3. ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
    4. желтуха + спленомегалия

30. Укажите главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической

анемии:

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

31. Какой клинический признак не характерен для гемоглобинопатий:
    1. проявления тромбофилии
    2. спленомегалия
    3. гемолитическая анемия
    4. лимфаденопатия

32. Клиническая триада анемии Минковского – Шоффара состоит из:
    1. анемии, кровоточивости, гепатоспленомегалии
    2. анемии, лимфоаденопатии, оссалгии
    3. анемии, желтухи и спленомегалии
    4. анемии, кровоточивости, лимфоаденопатии

33. Основой патогенеза витамин В12-дефицитной анемии является:
    1. дефект синтеза гема
    2. дефект синтеза гемоглобина
    3. мегалобластический гемопоэз
    4. патология мембран эритроцитов
    5. аплазия костного мозга

34. В миелограмме при анемии фанкони выявляют угнетение:
    1. эритроидного ростка
    2. миелоидного ростка
    3. мекариоцитарного ростка
    4. 3-х ростков одновременно

35. Для диагностики гемофилии информативным является определение:
    1. времени свертываемости
    2. времени кровотечения
    3. плазминогена
    4. количества d-димеров

36. Обнаружение гемосидерина в моче характерно для:
    1. внутриклеточного гемолиза;
    2. внутрисосудистого гемолиза;
    3. наследственного микросфероцитоза;
    4. окантоцитоза
    5. свинцового отравления

37. Гемолитическую анемию может вызвать дефицит в эритроцитах:
    1. глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
    2. а-нафтилэстеразы
    3. ДНК-полимеразы
    4. рестриктазы
    5. РНК-полимеразы

38. При лечении приобретенных апластических анемий в первую очередь рассматривается возможность:
    1. спленэктомии
    2. заместительной терапии

3. иммуносупрессивной терапии
4. трансплантации костного мозга

39. Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:
1. острой кровопотери
2. апластической анемии
3. тромбоцитопении
4. острого лейкоза

40. Признаком внутрисосудистого гемолиза является:
1. повышение непрямого билирубина
2. ретикулоцитоз
3. повышение свободного гемоглобина плазмы
4. повышение цветового показателя

41. Основная причина микросфероцитарной гемолитической анемии:
1. врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита
2. активизация перекисного окисления липидов
3. гиперспленизм
4. иммунные процессы

42. Наиболее информативным методом диагностики апластической анемиия яляется:
1. общий анализ крови
2. трепанобиопсия
3. стернальная пункция
4. цитогенетическое исследование

43. У мальчика-азербайджанца 5 лет после употребления в пищу консервированных бобов появилась желтушность кожи и склер, почернела моча. Наиболее вероятен диагноз:
1. наследственный микросфероцитоз
2. дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
3. серповидно-клеточная анемия
4. талассемия
5. аутоиммунная гемолитическая анемия

44. При проведении дифференциальной диагностики нормоцитарной, нормохромной анемии в первую очередь необходимо оценить уровень:
1. ретикулоцитов
2. тромбоцитов
3. сывороточного железа
4. сывороточного ферритина

45. Для подтверждения диагноза гемофилии в первую очередь необходимо определение ___факторов свертывающей системы крови:
1. VIII или IX
2. I или II
3. III или IV
4. V или VI

46. Удлинение времени свертывания крови характерно для:
1. гемолитической анемии
2. геморрагического васкулита
3. тромбоцитопенической пурпуры
4. гемофилии

47. Диагноз «тромбоцитопатия» основывается на наличии:
    1. функциональной неполноценности тромбоцитов
    2. тромбоцитопении
    3. геморрагического синдрома
    4. изменений в коагулограмме

48. В диагностике гемофилии А определяющее значение имеет:
    1. увеличение времени свертывания крови по Ли-Уайту
    2. снижение потребления протромбина сыворотки
    3. удлинение частичного тромбопластинового времени
    4. повышение времени рекальцификации плазмы
    5. снижение концентрации антигемофильного глобулина А плазмы

49. Гематологический симптом, не характерный для талассемии:
    1. мишеневидные эритроциты
    2. базофильная пунктация эритроцитов
    3. снижение осмотической устойчивости эритроцитов
    4. повышение осмотической устойчивости эритроцитов

50. Патогенез кровоточивости при идиопатической. тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:
    1. патологией сосудистой стенки
    2. дефицитом плазменных факторов свертывания
    3. нарушениями в сосудисто – тромбоцитарном звене гемостаза
    4. дефицитом витамина К

51. Увеличение длительности кровотечения не характерно:
    1. для тромбоцитопении
    2. болезни Виллебранда
    3. гемофилии
    4. длительного приема аспирина
    5. при заболевании Бернара-Сулье

52. Для диагностики гемофилии наибольшее значение имеет определение:
    1. активированного частичного тромбопластинового времени
    2. времени кровотечения
    3. плазминогена
    4. концентрации факторов свертываемости

53. Недостаточность глюкозо-6- фосфатдегидрогеназы может проявиться при фавизме- острой гемолитической анемии, развивающейся при:
    1. подъеме на аэростате
    2. употреблении в пищу бобов
    3. лечении аспирином
    4 непереносимости растительного масла
    5. в дыхании пыльцы одуванчика

54. Анизоцитоз отражает:
    1. разную интенсивность окраски эритроцитов
    2. изменение величины отдельных эритроцитов
    3. изменение формы отдельных эритроцитов
    4. разную толщину эритроцитов
    5. изменение объема эритроцитов.

55. В миелограмме при идиопатической тромбоцитопенической пурпурехарактерно выявление:

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

56. При гемофилии нарушение гемостаза происходит на уровне:
1. сосудисто- тромбоцитарного звена
2. внешнего пути активации тромбопластина
3. внутреннего пути активации тромбопластина
4. образования тромбина
5. образование фибрина

57. Увеличение количества ретикулоцитов имеет место при:
1. апластической анемии
2. гипопластической анемии
3. гемолитическом синдроме
4. метастазах рака в кость
5. все перечисленное верно

58. Для предупреждения гемосидероза внутренних органов вследствиемножественных переливаниях крови при талассемии используется:
1. ферронат
2. тардиферон
3. десферал
4. мальтофер
5. гемофер

59. При наследственном сфероцитозе осмотическая резистентность эритроцитов:
1. увеличивается
2. не меняется
3. снижается
4. видоизменятся

60. Патогенез геморрагического васкулита у детей можно отнести к иммунным реакциям:
1. реагинового типа
2. цитотоксического типа
3. иммунокомплексного типа
4. замедленного типа
5. клеточного типа

Блок В

Приложение 3

Перечень типовых заданий для проверки уровня обученностиУМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (рубежный и промежуточный контроли)

Семестр 7

Ситуационная задача №1

Мальчик Р., 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лижет 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?

Ситуационная задача № 2

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты. Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°С, 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 — 3,8х10^{12}/л, Ц.п. — 0,83, Лейк — 7,2х 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, мочевина — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций ионизированный — 0,6 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л, АлТ — 23 Ед/л, АсТ — 19 Ед/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию тетании у детей раннего возраста? 5. Тактика лечения?

Ситуационная задача №3

Ребенку 5 месяцев, от I беременности, протекавшей благополучно, роды в срок, ВПР – 3600 гр., РПР – 50 см., закричал сразу, после чего был приложен к груди, пуповинный

остаток отпал на 7-й день жизни, выписан из роддома на 3-й день. До 2-х мес. находился на естественном вскармливании, затем переведен на смешанное вскармливание и с 3-х мес. – на искусственном вскармливании (цельное коровье молоко). Соки начал получать с 2-х мес., с 4-х мес. – манную кашу. В весе прибавлял ежемесячно в среднем по 800 г. и к 5 мес., масса тела составляла 8200 г. Психомоторное развитие соответствует возрасту. До настоящего возраста

ничем не болел. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В 1 мес. мать заметила появление опрелостей в паховых и подмышечных областях, которые, несмотря на тщательный уход, не исчезали. В 2 мес. появились жирные корочки на волосистой части головы. С переводом на полное искусственное вскармливание появилась краснота на щеках, которая вскоре перешла в мокнущую разлитую гиперемию с образованием корочек, на туловище – частые зудящие высыпания. В 4 мес. все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон – поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожножировой 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 х 10^{12}/л, лейк. – 10,6 х 10^{9}/л, п – 2%, с – 28%, л – 56%, э – 8%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/ч.
ОАМ: единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Тактика лечения ребенка.

Ситуационная задача №4

Ребенку 3 месяца, жалобы на плохую прибавку массы тела, вялость. Мальчик от 1-й беременности (матери 40 лет), протекавшей на фоне гипертонической болезни и фетоплацентарной недостаточности I ст., родился на 32-й неделе, с массой 2200 гр. Поздно приложен к груди. В возрасте 1 мес. переведен на искусственное вскармливание всоответствии 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 реберныхдуг.
ОАК: Нв – 78 г/л, эр. – 3,0 х 10^{12}/л, Ретикулоциты – 18 ‰, ЦП – 0,72, Лейк. – 9,0 х 10^{9}/л,п – 2%, с – 28%, э – 2%, л – 60%, м – 8%, СОЭ – 12 мм/ч.
Биохимические анализы: Fe – 9 мкмоль/л, ОЖСС (общая железосвязывающая способность сыворотки крови) – 80 мкмоль/л

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить у ребенка?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Назовите основные этиологические факторы заболевания.

4. Ваша тактика в составлении режима кормления.
5. Медикаментозная терапия.

Ситуационная задача №5

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Общий анализ крови: НЬ — 99 г/л, Эр — $3{,}3 \times 10^{12}$/л, Лейк — $8{,}1 \times 10^{9}$/л, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, относительная плотность -1015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

Вопросы:

1. Клинический диагноз на момент осмотра?
2. Возможные причины патологических состояний?
3. План дополнительного обследования?
4. Назначьте ребенку кормление. 5. План медикаментозного лечения?

Ситуационная задача №6

Мать девочки 8 месяцев обратилась с жалобами на отставание ребенка в физическом развитии (самостоятельно не сидит, не переворачивается), пугливость, вздрагивание во сне, повышенную потливость. Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 2-х мес, затем стала употреблять цельное коровье молоко и каши, которые преобладают в рационе до настоящего времени; овощи и мясо не ест. Профилактику витамином D девочка не получала, у врачей не наблюдалась (проживает у бабушки в деревне). Психомоторное и физическое развитие соответствует возрасту 5 месяцев.

При осмотре: кожа бледная, чистая, повышенной влажности. Тургор тканей снижен. Большой

родничок 2,5×2,5 см, края податливые. Выражены лобные и теменные бугры, затылок уплощен, там же – участок облысения. Пальпируются реберные «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 х 10^{12}/л, лейк. – 10,6 х 10^{9}/л, п – 2%, с – 28%, л – 56%, э – 8%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/ч.
ОАМ: единичные лейкоциты и единичные эпителиальные клетки в поле зрения, эритроцитов нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Какие результаты Вы ожидаете получить?
3. Какова этиология заболевания у данного ребенка?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача №7

Мальчик 3х месяцев поступил в стационар с жалобами матери на беспокойство и отказ ребенка от еды, появление рвоты, жидкого стула.
Анамнез заболевания: со 2-ой недели жизни ребенок с профилактической целью получает витамин D – по одной капле масляного раствора (Видехол) ежедневно, а с 2-х месяцев – по 5 кап витамина D.
Анамнез жизни: ребенок от I беременности, осложненной гестозом. Роды на 36 нед гестации, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2500 г, длина 46 см. Со 2-го месяца жизни находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями «Малютка» и «Агуша».
При осмотре: состояние ребенка тяжелое, сопорозное состояние. Кожа бледная, выражен «мраморный рисунок», симптом «белого пятна». Кожа и слизистые оболочки сухие. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, выражена мышечная гипотония. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 36/мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС 170 уд/мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий. Диурез снижен. Масса тела при поступлении 3500 г.

ОАК: Hb - 118 г/л, Эр - 4,3х10^{12}/л, Лейк - 6,2х10^{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, мочевина — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 2,8 ммоль/л, фосфор — 1,8 ммоль/л, АлТ — 23 Ед/л, АсТ — 19 Ед/л.

Вопросы:

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
2.Какова этиология данного состояния у ребенка?

3. Тактика лечения (алгоритм ведения в стационаре). 4. Назовите поздние осложнения заболевания.

Ситуационная задача №8

Мать 8-месячной девочки обратилась к врачу с жалобами на вялость, потливость, снижение аппетита и бледность кожи у ребенка. Из анамнеза: девочка от I беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, срочных родов, из двойни. Масса при рождении 2600,0 г, длина 49 см. С рождения находится на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. Соки и яблочное пюре введены с 7,5 мес, манная каша с 7,5 мес, от овощного пюре отказывается, мясо в прикорм еще не введено. Психомоторное развитие по возрасту. В возрасте 4-х месяцев перенесла кишечную инфекцию в среднетяжелой форме. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, ангулярный стоматит, сосочки языка сглажены. Волосы тусклые, ногти ломкие. Кожа наощупь суховатая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок 2,5×2,5 см, края его размягчены, определяется уплощение и облысение затылка, теменные бугры. Мышечный тонус снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке мягкого тембра. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

ОАК: Hb 85 г/л, эр. $3{,}1\times10^{12}$/л, ЦП 0,75, ретикулоциты 1,1%, тромб. 225×10^{9} /л, лейк. $6{,}7\times10^{9}$ /л, п/я 2%, с/я 24%, лимф. 63%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л, железо 3,9 мкмоль/л, ОЖСС 94 мкмоль/л, ферритин 11 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте основной и сопутствующий диагнозы.
2. Стандарт обследования для подтверждения (верификации) диагноза.
3. Основные причины развития заболевания. Каковы механизмы развития систолического шума?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №9

Мать 3-месячной девочки в марте этого года обратилась с жалобами, что в последние 2-3 недели ребенок стал пугливым, вздрагивать во сне, появилась выраженная потливость. 20 Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. На грудном вскармливании. Профилактику витамином D не получала. При осмотре: кожа бледная, чистая. Большой родничок 2,0×2,5 см, края податливые. Голова правильной формы,затылок лысый. Мышечный тонус удовлетворительный. В легких пуэрильное дыхание,хрипов нет. ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий,безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка неувеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. При громком разговоре девочкавздрагивает. Выражен красный дермографизм. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

ОАК: Нв – 117 г/л, эр. – 4,0 х 10^{12}/л, лейк. – 9,0 х 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, длительностькурсов.
4. Назовите клинико-лабораторные критерии эффективности терапии.
5. Современные методы профилактики заболевания (с помощью лекарственных препаратов и других методов профилактики).

Ситуационная задача №10

Ребенок 5 лет. Родился с массой 4500 гр, рост – 52 см. В массе прибавлял хорошо, однако прибавка массы была неустойчивой (при небольших погрешностях в диете или при заболеваниях – отмечалось быстрое ее снижение). В анамнезе: частые и тяжело протекающие простудные заболевания.

Объективно: ребенок вялый, бледный, апатичный, имеет избыточный вес. Лицо одутловатое. Тургор снижен. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные,

паховые лимфоузлы I-II размера – плотноватые, безболезненные, подвижные. Дышит ртом, носовое дыхание затруднено из-за аденоидных разрастаний в носоглотке. Сердечные тоны приглушены, умеренная тахикардия, на верхушке систолический шум функционального характера. Определяется увеличение печени и селезенки соответственно на 2,0 и 1,0 см. *ОАК*: Нв – 128 г/л, эр. – 4,3 х 10^{12}/л, лейк. – 10,0 х 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 коллапсау таких детей?

Ситуационная задача №11

Ребенку 3 года. Поступил в приемное отделение детской городской больницы с жалобами на запах ацетона изо рта, головную боль, тошноту, многократную рвоту, схваткообразные боли в животе.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых

родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. Находился на грудном вскармливании до 2 лет, прикорм введен адекватно с 6-месячного возраста. Опережает сверстников в умственном развитии, возбудим, эмоционален. Подобные приступы рвоты с запахом ацетона ранее отмечались дважды. Семейный анамнез: отец страдает мочекаменной болезнью, бабушка по материнской линии больна подагрой.

Объективно: состояние средней тяжести, за счет эксикоза с токсикозом, ребенок бледный, вялый, пониженного питания. Над легкими перкуторно ясный легочной звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 30/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, границы сердца перкуторно соответствуют возрастной норме. ЧСС 116 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, мягкая, край заострен. Селезенка не увеличена. Стула не было, диурез снижен.

ОАК: Нв – 128 г/л, эр. – 4,3 х 10^{12}/л, лейк. – 10,0 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п – 1%, с-30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

В биохимичском анализе крови повышен уровень кетоновых тел, аммиака, мочевой кислоты. Глюкоза крови 4,0 ммоль/л. В анализе мочи ацетон (++++).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С чем связана рвота?
3. Патогенез данного заболевания?
4. Перечень неотложных мероприятий.

Ситуационная задача №12

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.

Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенкав стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°С, 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 х 10^{12}/л, лейк. – 10,0 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п – 1%, с-30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

В ионограмме отмечено снижение уровня кальция.

Вопросы:

1. Поставьте ребенку клинический диагноз с предоставлением его обоснования;
2. Каков патогенез данного состояния у данного пациента?
3. Назначьте дополнительные обследования для верификации диагноза.

4. Тактика лечения.

Ситуационная задача №13

Мальчик 1 год, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула.

Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес – пневмонию. После перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес, затем – искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легкими 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: Hb 85 г/л, эр. $3{,}1\times10^{12}$/л, ЦП 0,75, ретикулоциты 10,1%, тромб. 225×10^{9} /л, лейк. $6{,}7\times10^{9}$ /л, п/я 2%, с/я 24%, лимф. 63%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 6 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните причину развития заболевания.
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача №14

Ребенку 7 месяцев. Он бледен, плохо держит голову, не сидит, выражена резкая гипотония, разболтанность суставов, заторможенность, потливость с кисловатым запахом. Мальчик находится на искусственном вскармливании, но в последнее время очень плохо кушает. Прикорм не введен. При осмотре кожные покровы бледные, волосы тусклые, отмечается ломкость ногтей, белые пятна на ногтях. Выраженный краниотабес, затылок резко уплощен, выраженный симптом «лягушачий живот». Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боковых сторон («куриная грудь»), выражен грудной кифоз. Отмечается одышка, тахикардия, тоны сердца приглушены. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка – на 2-3 см, плотноватой консистенции. Стул дважды в сутки кашицеобразный, желтый. Диурез не нарушен.

ОАК: Нв – 89 г/л, эр. – 2,8 х 10^{12}/л, ЦП – 0,6, гипохромия +++, анизоцитоз с пойкилоцитозом.

Биохимические анализы: активность щелочной фосфатазы 480 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 клинический диагноз.
2. Обоснуйте указанный клинический диагноз, подкрепив лабораторными исследованиями;
3. Патогенез данного заболевания;
4. Назначьте лечение данному пациенту.

Ситуационная задача №15

Ребенку 4 месяца, родился в ноябре-месяце. Мальчик от 1 беременности, родители молоды и здоровы, беременность протекала благополучно, роды срочные, самостоятельные. Закричал и был приложен к груди сразу. Период новорожденности протекал благополучно. Он беспокоен, пуглив, раздражителен; отмечается потливость,

особенно во сне и при кормлении, наиболее сильно потеет лицо и волосистая часть головы. Ребенок беспрерывно 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 х 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 х 10^{12}/л, лейк. – 10,0 х 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, аминоацидоурия – 28 мг/кг в сутки.

Иониограмма: Фосфор - 0,7 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз;
2. Приведите лабораторные доказательства диагноза;
3. Каковаэтиология данного заболевания?
4. Назначьте лечение данному больному.

Семестр 8

Ситуационная задача №1

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена в первый час после рождения, выписана из роддома на 3-и сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. — на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Семейный анамнез: у матери — пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°С. 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°С. 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 — 4,3х10^{12}/л, Лейк — 6,2х10^{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?

Ситуационная задача №2

Больной К., 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом скорой помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°С. 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 — 4,8×10^{12}/л, Лейк -16,2х10^{9}/л, юные нейгрофилы — 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 появление характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
4. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.

Ситуационная задача №3

Мальчик М., 1 год 1 мес., поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°С,

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°С, 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 развитииболезни у данного ребенка?
4. Принципы терапии данного заболевания.

Ситуационная задача №4

Ребенок 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании.

Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до 37,5°С. 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°С. 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 — 3,8х10^{12}/л, Лейк -13,6х10^{9}/л, п/я — 10%, с — 58%, л — 22%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.
ОАМ: количество — 50,0 мл, относительная плотность — 1,010, слизи — нет, эпителия —нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.
Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, холестерин — 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 900 ммоль/л (норма — 220-620), кальций — 2,3 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. Оцените данные анализа крови.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Назначьте больному адекватное лечение

Ситуационная задача №5

Ребенок 4 лет, заболел 5 дней назад: отмечался подъем температуры тела до 37,5°С, 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°С, нарастание влажного кашля, учащение дыхания.
Ребенок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенности. Находился на естественном вскармливании до 4 мес, прикорм с 3,5 мес. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенес ветряную оспу и дважды ОРВИ.
При осмотре участковым врачом состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания 40 в 1 минуту. Втяжение межреберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над легкими легочный звук с укорочением слва 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 изпод реберного края, селезенка не пальпируется.

ОАК: НЬ — 115 г/л, Лейк — 13,5х10^{9}/л, п/я — 7%, с -61%, э — 1%, л — 23%, м — 8%, СОЭ — 20 мм/час.
Рентгенограмма грудной клетки: корни легких расширены, слева неструктурны, легочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Назначьте терапию.

Ситуационная задача №6

Ребенок 9 месяцев, заболел остро: подъем температуры до 39,5°С, 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 уточнениядиагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
5. Назначьте комплекс терапевтических мероприятий.

Ситуационная задача №7

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности — без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни отмечались явления

экссудативно-катарального диатеза. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца — язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинён. ЧД — 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая — на 1 см кнутри от правого края грудины, левая — на 1 см кнутри от левой среднеключичной

линии. Тоны приглушены. ЧСС — 72 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется.Стул ежедневный, оформленный.
ОАК: НЬ — 118 г/л, Эр -4,3х10^{12}/л, Лейк — 5,8х10^{9}/л, п/я — 1%, с — 48%, э — 14%, л — 29%, м — 8%, СОЭ — 3 мм/час.
ОАМ: количество — 100,0 мл, относительная плотность — 1,016, слизи — нет, лейкоциты — 3-4 в п/з, эритроциты — нет.
Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка.
3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
4. Тактика лечения?
5. Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?

Ситуационная задача №8

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.
Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает 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°С отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразногокашля, одышки направлен на стационарное лечение.
При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°С, 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 — 4,6х10^{12}/л, Лейк — 4,8х10^{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?

Ситуационная задача №9

Ребенок 7 месяцев. Девочка от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 52 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании. Прикорм введен с 6 месяцев, адекватный по частоте, густоте, разнообразию продуктов. Отмечается появление аллергических высыпаний при употреблении куриных яиц. Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Настоящее заболевание началось три дня назад, на фоне ОРВИ, которой болен старший ребенок в семье. Начало острое, с подъема температуры до 38°С. 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°С. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

ОАК: Hb - 118 г/л, Эр - 4,3х10^{12}/л, Лейк - 6,2х10^{9}/л, п/я - 1%, с - 20%, э - 3%, л - 68%, м - 8%, СОЭ -15 мм/час.
Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочный полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Принципы лечения?
4. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?

Ситуационная задача №10

Мальчик 10 лет, поступил в стационар для обследования с жалобами на одышку, постоянный влажный кашель с мокротой преимущественно отхаркивающейся по утрам «полным ртом». *Анамнез заболевания*: впервые перенес пневмонию в 6 лет, длительно лечился в стационаре, однако и после выписки сохранялись кашель и субфебрильная температура.

Каждый год отмечались повторные пневмонии, также протекавшие длительно. В периоды улучшения стойко сохранялся влажный кашель с обильной желтой мокротой, больше по утрам. *Анамнез жизни*: ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов. Развивался с отставанием от сверстников. До года дважды перенес гнойный отит с постоянным гноетечением из уха, развитием микробной экземы. С 5 лет страдает рецидивирующим фурункулезом, рецидивирующим гнойным гайморитом. В 7 лет перенес остеомиелит малоберцовой кости слева. *Наследственность:* отец здоров, у матери гипертоническая болезнь, ожирение.

При осмотре: состояние тяжелое. Мальчик отстает в физическом развитии (соответствует 8-летнему возрасту), пониженного питания, бледен, под глазами синева, цианоз носогубного треугольника. В области правой ушной раковины и вокруг нее мокнутие. На коже живота и поясничной области многочисленнные 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. $5{,}2\times10^{12}$/л, лейк. $6{,}5\times10^{9}$ /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 нижнемедиальных отделах справа. Корень легкого справа расширен, слева не дифференцируется. Правый контур сердца и правый купол диафрагмы не прослеживаются.

Бронхография: распространенные мешотчатые бронхоэктазы в сегментах нижней доли левого легкого, а также в нижней и средней долях правого легкого.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз. Что могло явиться фоном для возникновения бронхолегочного процесса у данного ребенка?
2. План дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. Тактика лечения.
4. Прогноз у данного пациента?

Ситуационная задача №11

Мальчик 1 год 7 месяцев, поступил в отделение с жалобами матери на отставание ребенка в физическом развитии. Анамнез заболевания: в возрасте 2-х недель были выявлены изменения со стороны сердца в виде грубого систолического шума, по поводу чего ребенок наблюдается у кардиолога по месту жительства.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С 2-недельного возраста был поставлен диагноз врожденного порока сердца. В весе прибавлял недостаточно, в 1 год весил 8100 г. Самостоятельно не стоит, не ходит.

При поступлении: состояние тяжелое. Масса тела 8700г. Выраженное отставание в физическом развитии. Диспропорция туловища – нормально развитый торс и плохо развитая нижняя половина туловища. Кожа обычной окраски. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 60/мин. Грудная клетка несколько деформирована по типу сердечного горба слева от грудины. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 3 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, усиление 2-го тона над аортой. Над областью сердца выслушивается систолический шум, который одинаково хорошо слышен во 2-ом межреберье и на спине. ЧСС 130 уд/мин. Пульс на руках высокий, полный, на ногах не определятся. АД на руках 130/50 мм рт.ст., на ногах определить не удалось. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для подтверждения (верификации) диагноза.
3. Возможные причины развития заболевания.
4. Как в норме соотносится АД на руках и ногах?
5. Тактика ведения.

Ситуационная задача №12

Дима Р., 3х лет, поступил в стационар с жалобами матери на появление у ребенка одышки и цианоза во время еды.

Анамнез заболевания: впервые одышка и цианоз кожи и слизистых оболочек появились в возрасте 6 мес, при кормлении. Затем стали отмечаться гипоксические приступы, частота, продолжительность и тяжесть которых с возрастом нарастали.

Приступы возникают после небольшой физической или эмоциональной нагрузки, иногда в состоянии покоя, купируются в стационаре. В течение последних 3х месяцев приступы участились до 1-2 раз в неделю.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности. На 8-й нед гестации мать перенесла ОРВИ с высокой температурой. Роды в срок. Масса тела при рождении 3650 г, длина 50 см. Закричал сразу. Грудное вскармливание до 4-х месяцев, затем искусственное. Психомоторное развитие по возрасту. Перенесенные заболевания: дважды ОРВИ (на 2 и 3 гг. жизни). Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При осмотре: состояние ребенка очень тяжелое. Ребенок мечется в постели. Кожа бледная с цианотичным оттенком. Выражен акроцианоз, цианоз губ, слизистых оболочек. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластины в виде «часовых стекол». ЧД 44/мин, дыхание шумное, глубокое. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, 2-й тон над легочной артерией ослаблен. ЧСС 118 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Сознание спутанное, в контакт не вступает.

ОАК: Hb 90 г/л, эр. $3{,}5\times10^{12}$/л, ЦП 0,9, лейк. $5{,}0\times10^{9}$ /л, п/я 2%, с/я 32%, лимф. 55%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 2 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.

3. Дифференциальный диагноз.
4. Неотложная помощь в стационаре: название и дозы препаратов, контроль эффективности проводимой терапии.
5. Тактика дальнейшего ведения ребенка после купирования приступа: сроки хирургической коррекции, медикаментозная терапия, группы используемых препаратов, контроль эффективности.

Ситуационная задача №13

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 -4,5х10^{12}/л, Лейк -4,5×10^{9}/л, п/я — 2%, с — 46%, э — 2%, л — 48%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1018, белок — abs, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?
3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения больного.
6. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

Ситуационная задача №14

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание

везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. ЧСС – 100 ударов в мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

ОАК: НЬ — 115 г/л, Эр — $4{,}3 \times 10^{12}$/л, Лейк -$10{,}0 \times 10^{9}$/л, п/я — 4%, с — 54%, э — 3%, л — 36%, м — 3%, СОЭ — 35 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1015, белок — следы, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какие морфологические и лабораторные изменения являются маркерами(маркером) ревматизма?

Ситуационная задача №15

Ребенок, 2 года. Впервые на приеме у педиатра (семья беженцев, приехали из зоны военных действий). Жалобы на появление приступов одышки и усиление цианоза при физической и эмоциональной нагрузке.

Анамнез заболевания: впервые одышку и цианоз кожи и слизистых оболочек заметили в возрасте 1 мес, при кормлении. К врачам не обращались, лечения ребенок не получал.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности. На 7-й нед гестации мать перенесла ОРВИ с высокой температурой. Роды в срок. Масса тела при рождении 3650 г, длина 50 см. Закричал сразу. Грудное вскармливание до 6-ти месяцев, затем введен прикорм.Психомоторное развитие несколько отстает от сверстников. Перенесенные заболевания:дважды ОРВИ (на 2 и 3 гг. жизни). Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При осмотре: обращает на себя внимание диффузный цианоз «чернильного оттенка». Ребенок физически развит по возрасту. Интеллект не страдает. Правильного телосложения. Помимо диффузного цианоза кожных покровов и видимых слизистых, отмечается изменение формы ногтей в виде «часовых стекол» и концевых фаланг в виде «барабанных палочек». Дыхание везикулярное. Влажного кашля нет и практически никогда не было. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости перкуторно – не расширены. Тоны громкие. Выслушивается интенсивный систолический шум вдоль левого края грудины. Печень и селезенка не увеличены. ЭКГ: признаки увеличения правого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план обследования. Какие результаты наиболее вероятны при данной патологии?
3. Какова тактика ведения данного пациента?

Ситуационная задача №16

Мальчик 10 месяцев, поступил в стационар для обследования с целью уточнения топики врожденного порока сердца.

Мальчик от женщины с неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом: 1-я беременность – девочка 12 лет, здорова; 2-я беременность – м/а; 3-я беременность сопровождалась плохим самочувствием, подъемом температуры, увеличением лимфатических узлов и закончилась искусственными родами мертвым плодом на сроке 32 нед гестации. Обследование после родов выявило у женщины токсоплазмоз, по поводу чего было проведено специфическое лечение с положительным эффектом. Настоящая 4-я беременность наступила через 3 года после завершения терапии, протекала с угрозой прерывания. Роды на 38 нед гестации, самостоятельные. Масса тела при рождении 4100 г, длина 53 см.

Анамнез заболевания: с рождения у ребенка выслушан систолический шум над областью сердца, и после обследования выставлен диагноз: врожденный порок сердца. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес пневмонию. Поступил в стационар для обследования, уточнения диагноза и лечения. При поступлении: состояние тяжелое. Вес 7500 г. Кожа бледная, влажная, цианоз носогубного треугольника, на щеках и ягодицах – проявления атопического дерматита. Незначительная пастозность голеней. Перкуторный звук с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 54 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передне-аксиллярной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – 2 ребро. ЧСС 128 уд/мин. Над всей областью сердца с большой зоной проведения выслушивается грубый систолический шум. Над брюшной областью прослеживается разветвленная венозная сеть. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Печень +4,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка +1,5 см из-под реберного края. Стул и диурез не нарушены. Патологии со стороны глаз, ушей нет. Очаговой, менингеальной симптоматики не выявляется.

ОАК: Hb 134 г/л, эр. 4,3×1012/ л, лейк. 10,5×109 /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 тактикаведения данного пациента?

Ситуационная задача №17

Мальчик 4,5 месяцев доставлен в клинику машиной «скорой помощи» с жалобами на беспокойство, кашель с пенистой мокротой, выраженную одышку.

Ухудшение состояния ребёнка наступило после очередного кормления грудью. Со слов мамы, во время кормлений мальчик всегда быстро уставал, сосал грудь с перерывами. В 4 месяца после проведения комплексного обследования у ребёнка диагностирован врожденный порок сердца.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне гриппа с высокой лихорадкой на 6-й неделе гестации, мать принимала парацетамол. Роды срочные, самостоятельные, закричал сразу. ВПР – 2800, РПР – 51 см. На грудном вскармливании. Прививки получены согласно календарю.

При осмотре: состояние ребенка крайне тяжелое, ребенок беспокоен. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Периферические отёки не определяются. Отмечается влажный кашель с отхождением пенистой мокроты. Частота дыхания 72 в минуту. Дыхание – с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание ослаблено по всем лёгочным полям. Выслушиваются обильные рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы, преимущественно в задне-нижних отделах лёгких. Пульс слабого наполнения. ЧСС 178 ударов в минуту. Тоны сердца глухие. Над всей областью сердца определяется грубый машинный систоло-диастолический шум. Живот мягкий, доступен пальпации, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул - жёлтый, кашицеобразный, с небольшим количеством непереваренных комочков.

На рентгенограмме - снижение прозрачности легочных полей, КТИ 60%.

ЭКГ: синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС, признаки гипертрофии левого желудочка, нарушение процессов реполяризации.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите эпицентр выслушивания систоло-диастолического шума приданном заболевании.
3. Какова вероятная причина развития данного заболевания?
4. Назначьте методы дополнительного обследования для верификациидиагноза.
5. Принципы терапии.

Ситуационная задача №18

Мальчик 13 лет, рос и развивался нормально, болел редко, до настоящего заболевания изменений со стороны сердца не определялось.

Настоящее заболевание началось через 4 недели после перенесенной ангины с л2повышения температуры до 38,7^{o} 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 х10^{12} /л, Лейк. - 8,9 х 10^{9} $^{/л}$, СОЭ – 45 мм/час.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждениядиагноза.
3. Клиническая характеристика поражения сердца. Эстракардиальныепроявления
4. Принципы лечения данного заболевания. Составьте план лечения данного

Ситуационная задача №19

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 осмотр*е состояние девочки тяжелое. Температура тела 38,8 ºС. 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. - 4,0х10^{12}/л, НВ - 121 г/л, лейкоциты - 15,4х10^{9}/л, п/я- 4%, с-72 %, л-18%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.

В биохимическом анализе крови: СРБ 16 мг/л, общий белок 62 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%, антистрептолизин О – 800 МЕ.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС не отклонена, замедление атриовентрикулярной проводимости, нарушения процессов реполяризации.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Обозначьте основные моменты диетотерапии при данном заболевании.
3. Назначьте лечение.
4. Вторичная профилактика при данном заболевании.

Ситуационная задача №20

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура -37,2- 37,5°С 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: НЬ — 100 г/л, лейкоциты — 6,4×109/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.
2. Какова этиологиязаболевания?
3. Каков генез абдоминального синдрома на фоне ОРВИ? Каков генез абдоминального синдрома на фоне настоящего заболевания?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5. План лечения.

Семестр 9

Ситуационная задача №1

Девочка, возраст 10 лет, жалуется на слабость, повышенную утомляемость, потливость, тошноту, головные боли, периодически возникающий субфебрилитет, боли в правом подреберье. Боли в животе чаще всего связаны с приемом холодной, жирной, острой или жареной пищи. Боли носят тупой, ноющий характер, продолжаются в течение 2-3 часов, затем обычно проходят самостоятельно. Периодически по утрам, до завтрака, отмечается тошнота. Аппетит снижен. Больной девочка считает себя в течение последних двух лет, за медицинской помощью не обращалась. Бабушка девочки страдает желчекаменнойболезнью.
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. – 4,4х10^{12}/л; Нв-122 г/л; L - 11,5х10^{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 объём желчного пузыря уменьшился меньше, чем на треть.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Выделите из числа приведённых в задаче лабораторных данных показатели, подтверждающие инфекционно-воспалительную природу заболевания.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №2

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 -4,2×10^{12}/л; Лейк — 7,2х 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 5очагово 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 HP-инфецию: положительный (++).

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить девочке?Обоснуйте, почему.
5. Предложите схему лечения данному ребенку

Ситуационная задача №3

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 пилородуоденальной области. Печень +0 +0 +в/3, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо
— Робсона.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии*ОАК:* Эр — 2,8х10^{12}/л; НЬ — 72 г/л; Ц.п. — 0,77; ретикулоциты — 50%0, анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит — 29 об%; Лейк — 8,7х10^{9}/л; п/я — 6%, с/я — 50%, э — 2%, л— 34%, м — 8%; СОЭ — 12 мм/час; тромбоциты — 390×10^{9}/л; время кровотечения по Дюку — 60 сек; время свертывания по Бюркеру: начало — 2,5 минуты, конец — 5 минут. *Биохимический анализ крови:* общий белок — 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: а, — 6%, а2 — 10%, р — 13%, у — 16%, АсАТ — 34 Ед/л, АлАТ, — 29 Ед/л, ЩФ — 80 Ед/л
(норма 70-142), общий билирубин — 16 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л; тимоловаяпроба — 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.Обоснуйте его.
2. Предложите дополнительные методы исследования для верификации диагноза.
3. Требовал ли этот больной проведения экстренных диагностических мероприятий и каких?
4. Тактика лечения

Ситуационная задача №4

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) — калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины — единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

ОАК: НЬ — 140 г/л, Ц.п. — 0,93, Эр — 4,5х 10^{12}/л; Лейк -9,5х10^{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 лечение.

Ситуационная задача №5

Мальчик 12 лет, госпитализирован с жалобами на боли в животе, отрыжку, которые появились 4 дня назад на фоне погрешностей в диете.

Из анамнеза: с рождения плохо прибавлял в весе, с раннего возраста – жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи, отрыжку, стул со склонностью к запорам.

При осмотре: язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации болезненный в пилородуоденальной зоне, параумбиликальной и правой подвздошной областях, там же определяется мышечная защита. Сигма спазмирована. Печень на 1,0 см ниже реберного края, край безболезненный, эластичный. Селезенка не пальпируется.

Данные обследования:

- Уровень амилазы в сыворотке крови: амилаза 287 ЕД/л.
- Показатели активности α-амилазы: 1011 – 945 – 675 – 486 Ед/л (N до 447).
- Амилаза панкреатическая: 135 МЕ/л (N до 65).
- 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 пузырьв типичном месте, стенки уплотнены, в полости – осадок. Поджелудочная железа увеличена, отечна в области хвоста. Головка – 10,7 мм, тело – 6,8 мм (меньше физиологической нормы), хвост – 15,7 мм. Контуры четкие, ровные, структура неоднородная, эхогенность снижена в области хвоста.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования для установления (верификации) диагноза.
3. План лечения.
4. Особенности диетотерапии при данном заболевании.
5. Возможные осложнения и прогноз заболевания.

Ситуационная задача №6

Девочка 8 лет, поступила с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания: девочку периодически беспокоят боли в животе, на этом фонечасто 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°С. 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. $4{,}5\times10^{12}$/л, лейк. $18{,}5\times10^{9}$ /л, п/я 10%, с/я 70%, лимф. 12%, мон. 8%. СОЭ 30 мм/ч.

ОАМ: реакция щелочная, белок 0,06‰, лейк. сплошь покрывают все п/зр., эр. 0-1 в п/зр., бактерии – много.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система значительно расширена с обеих сторон, больше слева.

Заключение: Подозрение на удвоение левой почки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Необходимый объем обследования для уточнения и верификации диагноза.
3. Какие функции органов мочевой системы можно оценить с помощью цистографии? Необходимо ли проведение цистографии этому ребенку? Какие результаты можно ожидать в данном случае?
4. Нужна ли консультация каких-либо других специалистов при данной патологии?
5. Назовите основные принципы лечения больных с подобной патологией, основные используемые лекарственные средства, длительность проведения и контроль эффективности проводимой терапии.

Ситуационная задача №7

Девочка 12 лет, поступила в стационар с жалобами на боли поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания.

Анамнез заболевания: заболела остро после переохлаждения (накануне долго каталась на коньках в легком спортивном костюме), когда появились боли в поясничной области и внизу живота, частые болезненные мочеиспускания. Температура тела повысилась до 40°С. 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°С, 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. $4{,}5\times10^{12}$/л, лейк. $23{,}8\times10^{9}$ /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‰, лейк. 100-150 в п/зр., эр.0-1 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейк. – 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. Тактика лечения.
5. Прогноз заболевания.Возможные исходы.

Ситуационная задача №8

Девочка 4-х лет поступила в отделение с жалобами на отеки.

Анамнез заболевания: после перенесенной 3 недели назад острой респираторной инфекции (ОРИ) у ребенка появились отеки на лице, редкие мочеиспускания. Участковым врачом был поставлен диагноз: Отек Квинке. Был назначен супрастин. Несмотря на проводимую терапию, отеки нарастали, появились слабость и выраженная бледность кожи. Девочка направлена на госпитализацию для обследования и лечения.

Анамнез жизни: ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Физическое и психомоторное развитие без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу. Начиная со 2-го года жизни, отмечаются частые ОРВИ – до 6-8 эпизодов в год.

Аллергологический анамнез: атопический дерматит до 3х лет, затем – период клинико-лабораторной ремиссии.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа чистая, бледная. Выраженная отечность лица, голени, стоп, передней брюшной стенки, асцит. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги. Мочится редко. Выделила за сутки 180 мл мочи.

ОАК: Hb 127 г/л, эр. $3{,}8\times10^{12}$/л, лейк. 10,2×109 /л, п/я 1%, с/я 46%, лимф. 43%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 50 мм/ч.

ОАМ: белок 8,0‰, лейк.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 верификациидиагноза.
4. Каковы принципы диетотерапии при данном заболевании?
5. Лечение: основные направления терапии, лекарственные средства, их точка приложения, длительность лечения.

Ситуационная задача №9

Мальчик 10 лет, поступил в отделение с жалобами на сильную головную боль,уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: ребенок заболел через две недели после перенесенной ангины. Появились недомогание, жалобы на головную боль. Стал реже мочиться. Моча цвета «мясных помоев». В классе зарегистрированы случаи заболевания скарлатиной.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с повышением АД и отечным синдромом в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ, ангины – 1-2 раза в год. При осмотре: состояние тяжелое. Резкая бледность лица. Отеки на лице, туловище,конечностях. Пластинчатое шелушение кончиков пальцев, ладоней истоп. Зевбледнорозовый, миндалины гипертрофированы до 2-3 ст., рыхлые, с широкими лакунами.Тонзиллярные лимфатические узлы размером 2×1 см, плотные, безболезненные. Дыханиевезикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердцагромкие, 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. Симптомпоколачивания положительный с обеих сторон. Моча при осмотре красно-бурого цвета,мутная.

ОАК: Hb 140 г/л, эр. $4{,}5\times10^{12}$/л, лейк. $12{,}5\times10^{9}$ /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, мочевина 18,0ммоль/л, креатинин 190 ммоль/л, СРБ ++, калий 5,8 ммоль/л, кальций 2,5 ммоль/л.

ОАМ: уд. вес 1016, белок 1,5‰, лейк. 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. Вашатактика дальнейшего ведения данного ребенка, включая диетотерапию.

Ситуационная задача №10

Девочка 7 лет, поступила в отделение с жалобами на отеки, головную боль.

Анамнез заболевания: заболела вскоре после перенесенного ОРВИ. Появились отеки на лице, которые нарастали с каждым днем. В анализе мочи, сделанном в поликлинике, отмечались протеинурия и эритроцитурия, что явилось поводом к госпитализации.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности (1 – м/а на сроке 8нед гестации), роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см. Раннееразвитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Перенесенныеинфекционные заболевания: ветряная оспа, эпидемический паротит. Часто болеет ОРВИ. При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледная. Зев розовый, миндалиныгипертрофированы, рыхлые. Выражена отечность лица, голеней, стоп, поясничнойобласти, передней брюшной стенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тонысердца ясные, громкие, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 140/90 мм. рт. ст. Печеньвыступает на 2 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный собеих сторон. За сутки выделила 200,0 мл мочи.

ОАК: Hb 130 г/л, эр. $4{,}2\times10^{12}$/л, лейк. $9{,}8\times10^{9}$ /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, мочевина 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‰, лейк. 0-1 в п/зр., эр. 70-80 в п/зр.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените функциональное состояние почек на основании приведенныхрезультатов обследования.
3. Наметьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Какова диета при данном заболевании и как длительно нужно её придерживаться?
6. Каков стандарт терапии при данной патологии: основные группы лекарственных средств, длительность их приема, контроль эффективности проводимого лечения.

Ситуационная задача №11

Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на отеки и урежение мочеиспусканий.

Анамнез заболевания: в 3 года, после перенесенной острой респираторной инфекции(ОРИ), у девочки впервые появились отеки на лице, конечностях, туловище; былоотмечено снижение диуреза, в связи с чем была госпитализирована. Получала лечениепреднизолоном. В течение последующих 5 лет девочка неоднократно находилась настационарном 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 безособенностей. На первом году жизни отмечались легкие проявления атопическогодерматита. Профилактические прививки до 3-х лет по графику, затем – медицинскийотвод. 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. Диурез430 мл/сут.

ОАК: Hb 110 г/л, лейк. 13×10^{9} /л, п/я 5%, с/я 53%, эоз. 2%, лимф. 38%, мон. 2%. СОЭ 40 мм/ч.

ОАМ: белок 6,5‰, лейк. 3-5 в п/зр., цилиндры: гиалиновые 5-6 в п/зр., зернистые 34 в п/зр., эр. – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: белок 32 г/л, мочевина 6,5 ммоль/л, креатинин 60,2 ммоль/л,СРБ ++, калий 4,5 ммоль/л, кальций ионизированный 1,1 ммоль/л, холестерин 12,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Можно ли на основании приведенных данных поставить полный клинический диагноз?
2. Необходимы ли дополнительные исследования для уточнения функции почек?
3. Какие осложнения глюкокортикоидной терапии обнаружены у больного, и можно ли было их избежать?
4. Обоснуйте тактику дальнейшего ведения пациента: стандарт лечения при

неэффективности гормональной терапии (название препаратов, длительность курсов, контроль эффективности).

5. Этапы диспансерного наблюдения.Исходы. Прогноз.

Ситуационная задача №12

Мальчик 10 лет, госпитализирован с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: болен с 6 лет. Заболевание возникло через две недели после перенесенной скарлатины, когда появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, повышение артериального давления. Лечился в стационаре. После выписки из стационара нефрологом не наблюдался. Анализы мочи делали очень редко, хотя в них постоянно фиксировались изменения. Часто жаловался на головную боль.

Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, скарлатина, ОРВИ 3-4 раза в год. Профилактические прививки по графику до 6 лет. С 6 лет медицинский отвод.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки на лице, голенях, передней брюшной стенке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. ЧСС 90 уд/мин. АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Диурез 200 мл/сут.

ОАК: Hb 96 г/л, лейк. $7{,}8\times10^9$ /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: α1 6%, α2 48%, β 14%, γ 14%, холестерин 12,8 ммоль/л, мочевина 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‰, лейк. 6-7 в п/зр., эр. (измененные и неизмененные) – 70-80 в п/зр.

Проба по Зимницкому: дневной диурез – 200,0 мл, ночной диурез – 300,0 мл, удельный вес мочи 1002-1012.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, согласно классификации. Дайте обоснование диагнозу.
2. Дополнительные исследования для уточнения функций почек.
3. Дифференциальный диагноз с другими формами данного заболевания.
4. Изменился бы характер течения болезни, если бы ребенок наблюдался у нефролога после выписки из стационара?
5. Стандарт лечения: основные группы препаратов, длительность курсов, контроль эффективности терапии.
6. Основные этапы диспансерного наблюдения и реабилитации. Исходы. Прогноз.

Ситуационная задача №13

Мальчик 7 лет, поступил в стационар с жалобами на головную боль, ночной энурез.

Анамнез заболевания: ребенок страдает ночным энурезом. По этому поводу не обследовался и не лечился. В последнее время мама обратила внимание на дневное недержание мочи. Мальчик стал жаловаться на головную боль, быстро уставать, снизился аппетит.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с нефропатией в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Прививки по графику. Респираторными заболеваниями болеет редко.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледно-серого цвета. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 уд/мин. АД 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светлая, прозрачная.

Биохимический анализ крови: белок 66,0 г/л, холестерин 4,4 ммоль/л, мочевина 20,1 ммоль/л, креатинин 340 ммоль/л.

ОАМ: отн. плотн. 1008, белок отсутствует, лейк. 0-1 в п/зр., эр. – отсутствуют.

Проба по Зимницкому: отн. плотн. 1000 – 1008, дневной диурез 550,0 мл, ночной диурез180,0 мл.

УЗИ почек: обе почки увеличены в размерах, паренхима истончена до 2 – 3 мм. Отмечена выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План дальнейшего обследования для подтверждения диагноза и установления функции почек.
3. Каков патогенез гипертензионного синдрома у данного больного?
4. Лечение: основные группы лекарственных средств и их дозировка, длительность курсов, контроль эффективности терапии.
5. Прогноз и возможные исходы болезни.

Ситуационная задача №14

Девочка 8 лет, поступила для обследования в связи с изменениями в анализах мочи. Анамнез заболевания: месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Проводилось симптоматическое лечение. Через две недели после заболевания в повторных анализах мочи выявлены изменения в виде эритроцитурии имикропротеинурии.

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. $4{,}4\times10^{12}$/л, лейк. $7{,}3\times10^{9}$ /л, п/я 3%, с/я 49%, лимф. 38%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч.

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

Анализ мочи по Нечипоренко: лейк. – 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.

Ситуационная задача №15

Больная, 7 месяцев, поступила в детское отделение с жалобами со слов мамы на вялость, снижение аппетита, бледность, однократную рвоту, высокую температуру тела (38- 38,5ºС), беспокойство при мочеиспускании в течении 3-х дней. Амбулаторно лечилась жаропонижающими препаратами и бисептолом по 120 mg 2 раза в день. Состояние не улучшилось. Направлена в стационар.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от I беременности, протекавшей на фоне гестоза I половины, анемии легкой степени, ОРВИ и угрозы прерывания в первой половине беременности. В период новорожденности ребенок перенес пневмонию, гнойный конъюнктивит. С трех месяцев находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями. Наследственность отягощена: у мамы ребенка хронический пиелонефрит, у бабушки со стороны матери мочекаменная болезнь.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести, масса тела 8 кг, выражена бледность кожных покровов, умеренная пастозность век, снижение тургора тканей. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 160 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, ЧД 35 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул кашицеобразный до 2-3 раз в сутки, моча мутная.

ОАК: эр. 4,3 10^{12}/л, НВ 101 г/л, ц.п-0,78, лейкоциты – 14,0х10^{9}/л, п – 4%, с – 51%, л37%, м – 8%; СОЭ – 35 мм/ч.

ОАМ: удельный вес 1004, белок 0,165%, лейкоциты 10-15 в поле зрения, плоскийэпителий 4-6 в поле зрения, бактерии +, соли оксалаты ++.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №16

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38°С, 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 — 3,5х10^{12}/л, Ц.п. — 0,9. Тромб — 435х10^{9}/л, Лейк — 10,5х10^{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, мочевина — 3,7 ммоль/л, креатинин — 47 ммоль/л, билирубин общий — 20,2 мкмоль/л, АСТ-25Ед, АЛТ-20Ед.

ОАМ: цвет — соломенно-желтый, относительная плотность — 1012, белок отсутствует, эпителий — 0-1 в п/з, лейкоциты -2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания у больного.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании.
5. Составьте план лечения больного.

Ситуационная задача №17

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения, в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. 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 — $3{,}0\times10^{12}$/л, Ретик — 3%, Тромб — 300×10^{9}/л, Лейк — 8,3 х 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 патологи?
4. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителейребенка?
5. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
6. Назначьтелечение больному.

Ситуационная задача №18

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик ; стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен

гиперлейкоцитоз до 200×10^9/л, мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. *ОАК:* НЬ — 86 г/л, Эр — $3{,}2\times10^{12}$/л, Тромб — единичные, Лейк — 208×10^9/л, бласты — 76%, п/я — 1%, с — 4%, л — 19%, СОЭ — 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты — 96%, нейтрофильный росток —3%, эритроидный росток — 1%, 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%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
3. Что явилосьпричиной развития неврологической симптоматики?

Блок С

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ**;**

Приложение 1

Теоретические вопросы (рубежный контроль)

Патология детей раннего возраста

1. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Этиологические факторы (эндогенные, экзогенные), обуславливающие развитие рахита.
2. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Образование витамина Д в организме. Функции витамина Д.
3. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Роль паратгормона в регуляции кальциевого обмена и развитии рахита.
4. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Патогенез. Виды классификаций.
5. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Клиника рахита по тяжести, по течению, по периоду.
6. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Диагностика рахита (анамнестические, клинические, лабораторные методы).
7. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Лечение рахита (медикаментозные и немедикаментозные методы лечения).
8. Вторичный и наследственно обусловленный рахит. Этиопатогенез. Клинические формы. Принципы лечения.
9. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Профилактика рахита, виды профилактики.
10. Витамин-Д-дефицитный рахит, определение. Рахит как фоновое состояние, особенности развития детей раннего возраста на фоне рахита.
11. Псевдогипопаратиреозы, врожденная ломкость костей, тубулопатии. Этиология, патогенез, дифференциальный диагноз
12. Спазмофилия, определение. Этиологические факторы развития спазмофилии. Понятие о сезонности заболевания.
13. Спазмофилия, определение. Патогенез. Классификация спазмофилии.
14. Спазмофилия, определение. Клиника. Симптомы скрытой спазмофилии.
15. Спазмофилия, определение. Клиника. Симптомы явной спазмофилии.
16. Спазмофилия, определение. Диагностика (анамнестические, клинические, лабораторные методы). Дифференциальный диагноз.
17. Спазмофилия, определение. Лечение. Профилактика.
18. Гипервитаминоз Д. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика.

19. Гипервитаминоз Д. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика.

20. Гипо –и авитаминозы у детей. Роль витаминов в обмене веществ. Суточная потребность в витаминах у детей. Причины гиповитаминозов. Клинические проявления. Диагностика. Лабораторные методы исследования (содержание витаминов в сыворотке крови, моче). Лечение. Профилактика.

21. Понятие эйтрофии, клинические характеристики нормотрофии у ребенка. Виды хронических расстройств питания у детей, классификация.

22. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Этиологические факторы. Патогенез.

23. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста, определение, классификация, клиника.

24. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Диагностика и дифференциальная диагностика.

25. Хронические расстройства питания у детей, как фоновое состояние. Особенности течения сопутствующих заболеваний при хроническом расстройстве питания. Осложнения, течение и исходы.

26. Хронические расстройства питания у детей. Принципы лечения. Профилактика.

27. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Роль диетотерапии, режима питания. Ферменто- витаминотерапия. Особенности ухода.

28. Синдром нарушенного кишечного всасывания. (Целиакия).

29. Синдром нарушенного кишечного всасывания. (Лактазная недостаточность).

30. Синдром нарушенного кишечного всасывания. (Муковисцидоз, кишечная форма).

31. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Этиологические факторы (эндогенные и экзогенные) в развитии ЖДА.

32. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Обмен железа в организме. Понятие об органах-депо. Понятие о физиологической анемии.

33. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Патогенез. Классификация. Клиника.

34. Железодефицитная анемия у детей (ЖДА), определение. Синдромы анемии. Диагностика.

35. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Лабораторные показатели состояния красной крови. Показатели обмена железа в крови.

36. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Дифференциальный диагноз. Латентный дефицит железа.

37. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Лечение. Диета. Профилактика.

38. Железодефицитная анемия (ЖДА), определение. Понятие о ЖДА как о фоновом состоянии, особенности развития детей на фоне ЖДА.

39. Понятие о конституции. Аномалии конституции. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Особенности развития ребенка на фоне аномалии конституции.

40. Аномалии конституции. Лимфатико-гипопластический диатез. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Определение, причины, клинические проявления. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

41. Аномалии конституции. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Экссудативно-катаральный диатез. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика.

42. Аномалии конституции. Нервно-артритический диатез. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, предрасполагающие к развитию диатеза. Определение, причины, клинические проявления. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика, значение рационального режима и питания в воспитании ребенка с нервно-артритическим диатезом.

43. Аллергические заболевания у детей раннего возраста. Атопический дерматит.

44. Аллергические заболевания у детей раннего возраста. Лекарственные вакцинальные аллергии у детей.

45. Пищевая аллергия. Аллергический ринит. Современные подходы к лечению.

46. Рецидивирующая крапивница. Особенности течения. Современные подходы к лечению.

47. Токсико-аллергические дерматиты.

48. Бронхиты у детей. Возрастные особенности течения заболевания. Классификация.

49. Острый простой бронхит. Этиология. Патогенез. Клиника.

50. Острый простой бронхит. Клинические проявления. Рентгенологические изменения. Принципы лечения.

51. Острый обструктивный бронхит. Этиология. Патогенез. Особенности течения бронхита у детей с фоновыми состояниями (рахит, анемия, гипотрофия, аномалия конституции).

52. Острый обструктивный бронхит. Клиника. Дифференциальный диагноз простого и обструктивного бронхита.

53. Острые бронхиты (простой и обструктивный), диагностика (клинико-лабораторные показатели), лечение. Показания к антибактериальной терапии при лечении бронхита.

54. Острый обструктивный бронхит. Оказание помощи детям с обструктивным кашлем по рекомендации ВОЗ. Особенности применения сальбутамола у детей раннего возраста.

55. Острый бронхиолит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника и диагностика, лечение.

56. Острые пневмонии у детей. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка раннего возраста, предрасполагающие к развитию и тяжелому течению острых пневмоний (органы дыхания, нервная, эндокринная и иммунная системы).

57. Острые пневмонии у детей. Этиология, понятие о «домашней» и «госпитальной» пневмонии. Патогенез.

58. Острые пневмонии у детей. Классификация. Клинические проявления острой неосложненной пневмонии. Критерии диагностики. Рентгенологические и лабораторные признаки.

59. Острые пневмонии у детей. Затяжное течение (факторы, предрасполагающие к затяжному течению, критерии диагностики).

60. Осложнения при пневмонии, их характеристика, течение, диагноз, прогноз. Показания к госпитализации.

61. Принципы лечения острых пневмоний у детей. Выхаживание. Этиотропная, патогенетическая терапия.

62. Принципы лечения острых пневмоний у детей. Особенности организации лечения детей раннего возраста, больных острыми пневмониями с не осложненным течением на дому. Профилактика.

63. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внебольничных и госпитальных пневмоний

64. Особенности атипичных пневмоний у детей. Микоплазменная пневмония, клиника диагностика, лечение.

65. Особенности атипичных пневмоний у детей. Хламидийная пневмония, клиника диагностика, лечение.

66. Особенности атипичных пневмоний у детей. КОВИД 19 индуцированная пневмония, клиника, принципы диагностики, лечения.

67. Неревматические кардиты у детей раннего возраста

68. Врожденные кардиты у детей. Этиопатогенез, Диагностика. Течение, исход. Лечение и профилактика

69. Врожденные пороки сердца у детей. Частота, структура ВПС. Этиология ВПС, классификация.

70. Врожденные пороки сердца у детей. Пороки с обогащением МКК. Гемодинамика.

71. Пороки с обогащением МКК. Клинические проявления при дефекте межжелудочковой перегородки, дефекте межпредсердной перегородки, открытом артериальном протоке.

72. Врожденные пороки сердца у детей. Пороки с обеднением МКК. Гемодинамика. Клиника

73. Врожденные пороки сердца у детей. Гемодинамика. Клинические проявления при болезни Фалло. Диагностика.

74. Врожденные пороки сердца у детей с препятствием кровотоку. Гемодинамика. Клинические проявления, диагностика коарктации аорты.

75. Диагностика врожденных пороков сердца. Значение рентгенологического исследования, данных ЭКГ и ФКГ. Показания к ангиографии.

76. Дифференциальный диагноз врожденных пороков сердца у детей.

77. Врожденные пороки сердца у детей. Осложнения и исходы. Показания и сроки хирургического лечения.

78. Клинические проявления острой и хронической сердечной недостаточности.

79. Лечение недостаточности кровообращения. Особенности лечения одышечно-цианотических приступов.

Патология детей старшего возраста

1. Хронические бронхолегочные заболевания. Этиопатогенез, классификация. Основные клинические проявления.
2. Хронические бронхолегочные заболевания. Клиника, диагностика, лечение бронхоэктатической болезни.
3. Хронические неспецифические болезни легких. Группы ХНБЛ, признаки хронического заболевания легких у детей. Клиника, диагностика, принципы лечения.
4. Лечение обострений ХНБЛ. Диспансеризация, реабилитация, профилактика
5. Муковисцидоз. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение легочной формы муковисцидоза.
6. Хронический облитерирующий бронхиолит. Патогенез, особенности клиники и течения. Диагностика и диф.диагностика. Показания к бронхологическому обследованию. Лечение (показания к антибактериальной терапии, муколитическая терапия, физиолечение, массаж, ЛФК). Исходы, профилактика
7. Врожденные пороки развития легких у детей. Патогенез, особенности клиники и течения. Диагностика и диф.диагностика. Лечение.
8. Бронхиальная астма у детей. Этиология. Патогенез. Возрастные особенности течения заболевания.
9. Бронхиальная астма у детей. Классификация, основанная на этиологии. Классификация, основанная на тяжести и характере обструкции дыхательных путей.
10. Бронхиальная астма у детей. Клинические проявления в приступном и межприступном периодах.
11. Бронхиальная астма у детей. Особенности астматического статуса. Диагностика, принципы лечения, исходы.
12. Принципы лечения бронхиальной астмы. Базисная терапия. Ступенчатая терапия.
13. Неотложная помощь в приступном периоде бронхиальной астмы (купирование приступа удушья). Лечебные мероприятия в межприступном периоде.
14. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология. Патогенез. Классификация.
15. Острая ревматическая лихорадка у детей. Основные клинические проявления. Критерии диагностики и активности процесса. Дифференциальный диагноз.
16. Острая ревматическая лихорадка у детей. Клинические проявления. Внесердечные проявления ревматизма (артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки).

17. Критерии диагностики острой ревматической лихорадки (большие и малые). Критерии активности процесса.
18. Хроническая ревматическая болезнь сердца без порока и с пороком. Клинические проявления. Критерии диагностики.
19. Принципы лечения ревматической лихорадки. Виды профилактики (первичная, вторичная, текущая).
20. Ревматические приобретенные пороки сердца. Патогенез и патоморфология. Сроки формирования пороков.
21. Ревматические приобретенные пороки сердца. Стеноз митрального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика.
22. Ревматические приобретенные пороки сердца. Недостаточность митрального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика
23. Ревматические приобретенные пороки сердца. Недостаточность аортального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика.
24. Ревматические приобретенные пороки сердца. Стеноз аортального клапана. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика
25. Консервативное лечение и показания к оперативному лечению приобретенных пороков сердца.
26. Острый гломерулонефрит у детей. Этиология. Роль стрептококковой инфекции в развитии заболевания. Патогенез. Иммунологические механизмы, ответственные за развитие острого гломерулонефрита.
27. Острый гломерулонефрит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация.
28. Острый гломерулонефрит с нефритическим, синдромом. Особенности клинических проявлений, течения и исходов. Критерии диагностики.
29. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Особенности клинических проявлений, течения и исходов. Критерии диагностики.
30. Острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом. Особенности клинических проявлений, течения и исходов. Критерии диагностики.
31. Принципы лечения острого гломерулонефрита. Лечение осложнений. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
32. Хронический гломерулонефрит у детей. Факторы, способствующие хронизации процесса. Патогенез. Классификация.
33. Хронический гломерулонефрит у детей. Особенности клинической картины нефротической формы. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
34. Хронический гломерулонефрит у детей. Особенности клинической картины гематурической формы. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
35. Хронический гломерулонефрит у детей. Особенности клинической картины смешанной формы. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
36. Пиелонефриты у детей. Этиология. Пути распространения инфекции. Патогенез. Классификация.
37. Понятие о первичном и вторичном пиелонефрите. Критерии диагностики пиелонефрита.
38. Принципы лечения пиелонефритов у детей. Показания к хирургическому лечению. Диспансерное наблюдение.

39. Инфекции мочевыводящих путей у детей. Этиопатогенез. Клинические проявления и принципы лечения.
40. Аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма. Клинические проявления и принципы лечения.
41. Критерии диагностики и лечение острого почечного повреждения.
42. Гастриты и гастродуодениты у детей. Этиология. Патогенез.
43. Гастриты и гастродуодениты у детей. Клинические проявления в возрастном аспекте. Диагноз. Дифференциальный диагноз.
44. Гастриты и гастродуодениты у детей. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
45. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные взгляды на этиопатогенез заболевания.
46. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические симптомы. Дифференциальный диагноз.
47. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические симптомы. Течение и исходы. Осложнения.
48. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Лечение. Диспансерное наблюдение.
49. Болезни желчного пузыря и желчных ходов у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
50. Дискинезия желчевыводящих путей у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
51. Желчнокаменная болезнь. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
52. Острые и хронические панкреатиты у детей. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.
53. Острые и хронические панкреатиты у детей Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
54. Острые и хронические панкреатиты у детей Клиника. Течение и исходы. Лечение. Профилактика.

Детская гематология

1. Схема гемостаза. Значение, нормативы проб по Дюке, Ли-Уайту в дифференциальной диагностике геморрагических диатезов.
2. Геморрагические диатезы. Классификация по механизму повреждения. Типы кровоточивости.
3. Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов (клинические характеристики геморрагического синдрома, лабораторные показатели).
4. Механизмы повреждения и зависимость развития различных типов кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Геморрагический васкулит**.** Этиопатогенез. Группа риска, значение хронических очагов инфекции, сезонности в развитии геморрагического васкулита. Классификация. Клиническое течение.
6. Иммунная тромбоцитопения (тромбоцитопеническая пурпура)**.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника, картина крови и костного мозга.

7. Врожденные тромбоцитопатии у детей (*Болезнь Гланцмана, Виллебранда, Бернара-Сулье).* Классификация. Клинические проявления. Лечение.

8. Гемофилии. Классификация (по формам гемофилии, по тяжести проявлений). Патогенез кровоточивости. Клиника.

9. Гемофилия. Возрастные клинические особенности течения гемофилии. Дифференциальный диагноз различных форм. Неотложная помощь при кровотечениях.

10. Геморрагический васкулит**.** Диагностика. Течение. Исходы. Осложнения. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.

11. Иммунная тромбоцитопения (тромбоцитопеническая пурпура)**.** Диагностика. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к глюкокортикоидной терапии и спленэктомии. Прогноз. Диспансеризация.

12. Приобретенные тромбоцитопатии у детей. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы лечения. Прогноз. Диспансерное наблюдение.

13. Врожденные тромбоцитопатии у детей (*Болезнь Гланцмана, Виллебранда, Бернара-Сулье).* Причины, патогенез, клинические проявления.

14. Лечение и диспансерное наблюдение детей с врожденными тромбоцитопатиями (*Болезнь Гланцмана, Виллебранда, Бернара-Сулье).*

15. Приобретенные тромбоцитопатии у детей. Значение различных факторов риска (медикоментозной терапии, физических факторов, вакцинации, перенесенных вирусо-бактериальных заболеваний) в развитии тромбоцитопатии. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

16. Иммунная тромбоцитопения (тромбоцитопеническая пурпура)– клинико-лабораторная диффдиагностика с различными геморрагическими диатезами.

17. Гемофилия. Клиника. Заместительная терапия. Диспансерное наблюдение в период ремиссии.

18. Анемия – определение, виды анемий. Классификация анемий (по цветовому показателю, по регенераторности, по тяжести). Синдромы, проявляющиеся в клинике анемий.

Блок D

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела.

Тематика докладов:

1. Гемостаз. Современные представления о гемостазе. Первичный, вторичный. Схема. Факторы свертывания крови, их значение
2. Приобретенные и наследственные тромбоцитопатии. Болезнь Гланцмана Причины, патогенез, клинические проявления, принципы лечения.
3. Приобретенные и наследственные тромбоцитопатии. Болезнь Виллебранда. Причины, патогенез, клинические проявления, принципы лечения.
4. Приобретенные и наследственные тромбоцитопатии. Болезнь Бернара - Сулье. Причины, патогенез, клинические проявления, принципы лечения.
5. Тромбоциты. Современные представления о роли тромбоцитов в системе гемостаза
6. Современные принципы лечения иммунной тромбоцитопении. Препараты, используемые для лечения, их характеристика.
7. Типы кровоточивости. Их характеристика. Заболевания, при которых они встречаются.
8. Строение сосудистой стенки. Изменения, характерные при геморрагическом васкулите. Принципы диагностики.

.

РЕФЕРАТ

Тематика рефератов:

1. Современные подходы к лечению аллергических диатезов.
2. Рецидивирующая крапивница. Особенности течения. Современные подходы к лечению.
3. Токсико-аллергические дерматиты.
4. Уратная нефропатия. Этиология, патогенез, дифференциальный диагноз.
5. Современные подходы к диагностики аллергических заболеваний.
6. Антигистаминные препараты в лечении аллергических заболеваний. Классификация. Применение у детей. АСИТ- терапия.

.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ.

Приложение 1

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА
(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
Всего баллов		**Сумма баллов**

Приложение 2

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА
(рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответаправильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 процентов.
5. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.

Приложение 3

ШКАЛА ОЦЕНКИ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий, рубежный, промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации имеющихся в задаче жалоб и анамнеза	0-20
2	Правильность оценки объективных и лабораторно-инструментальных данных	0-20
3	Правильность назначения дополнительного обследования, дифференциальный диагноз	0-10
4	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям и его обоснование	0-25
5	Правильность назначения и обоснование лечения	0-25
Всего %		**100%**

Приложение 4

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		**Сумма баллов**

Приложение 5

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный, промежуточный, текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		
1	Соответствие теме	0-15

2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-15
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами,примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-10
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	100

Приложение 6

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО студента с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя.
ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.
Дата заболевания.

Дата поступления.

Какой детский коллектив посещает.

Сведения о родителях (фамилия, имя, отчество, место работы)

I. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)
II. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение получал, каков эффект проводимого лечения)
III. Анамнез жизни (от какой беременности, исход предыдущих беременностей, как протекала беременность – заболевания матери соматические и инфекционные, вредные привычки, профессиональные вредности, полученное лечение, наличие гестоза раннего и позднего. Срок родов, наличие безводного периода, родостимуляция, акушерские пособия, тип предлежания плода. Оценка по Апгар, когда закричал, проводилась ли первичная реанимация новорожденного, сроки первого прикладывания к груди, появление желтухи, если таковая имелась, срок выписки из роддома. Психомоторное развитие ребенка на первом году и в дальнейшем. Перенесенные заболевания, аллергологический анамнез. Наследственность. Составление родословной.
IV. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра): Соматический статус (по стандартной схеме)
V. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективного осмотра.
VI. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть)
VII. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента)
VIII. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.

IX. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.

X. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).

XI. Этиопатогенез заболевания, прогноз.

XII. Данные объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.

Приложение 7

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
Всего баллов		**Сумма баллов**

Приложение 8

ШКАЛА ОЦЕНКИ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО
(текущий, рубежный, промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность сбора жалоб и анамнеза	0-20
2	Правильность объективного обследования	0-20
3	Правильность интерпретации имеющихся лабораторно-инструментальных методов исследования	0-10
4	Правильность назначения дополнительного обследования	0-10
5	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям	0-20
6	Правильность назначения и обоснование лечения	0-20
Всего %		**100%**

5.МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ / ПРАКТИКИ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ.

I. МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1.Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2.Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3.Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (7,8,9 семестр - зачет, 10 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы теста - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).
Оценка промежуточного контроля:
- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия);
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению);
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:
1)Организационный этап занятия (время – до 2%):
а)перекличка;
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)варианты тестового контроля I и III уровня;
б)коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
3)Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или 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
б)итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

СТУДЕНТА

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.Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

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 контролям.

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 контролям 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 студентами 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).
Отработка практических занятий.
- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке.
Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом 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.
- Студент, 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 студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1.Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2.Этапы подготовки презентации Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3.Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент
–докладчик подошёл спустя рукава.
-Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
-Количество слайдов не более 30.
-Оптимальное число строк на слайде – от 6 до 11.
-Распространённая ошибка – читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго

изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения – один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему – столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами – время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится
размещать 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 издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.
Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
4.Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5.Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
-использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике.
Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без
наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.
Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласования 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 скомпоновать 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:
Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том__. № __. Страницы от __ до ___.
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 атопического дерматита. С 8-ми лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом, аллергическим конъюктивитом. 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 немногочисленные 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, атопическая, 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 приложении.
1 .Собрать и оценить анамнез заболевания и жизни ребенка.
2 .Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.
3 .Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (ЧСС, 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, уролейкоцитограмму);
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. Оценить тяжесть состояния ребенка;
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 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 сердечно-сосудистой 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.