

**Фонд оценочных средств по
дисциплине «Педиатрия»**

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.01 – РФ, 560001 – КР лечебное дело
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-лечебник

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
<p>ОПК-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p><u>Знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Этиологию, патогенез, клинику основных заболеваний с различными нозологическими формами, методы ведения и лечения пациентов в амбулаторных условиях и условия дневного стационара. 	<p>Блок А, С - задания репродуктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - тестовые задания - устный опрос
	<p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний; - Вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; - Осуществлять контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения. 	<p>Блок В, D - задания реконструктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - решение ситуационных задач; - реферат
	<p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками анализа различных видов лечения больных с различными нозологическими формами; - Навыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. 	<p>Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - презентации - история болезни;
<p>Формируемые компетенции</p>	<p>Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций</p>	<p>Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе</p>

<p>ПК-4: Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания</p>	<p><u>Знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования; -необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза; -этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных заболеваний; - показания и противопоказания для выбора к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования; -показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования. 	<p>Блок А, С - задания репродуктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - тестовые задания - устный опрос
	<p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза. -назначать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания. - провести опрос, собрать жалобы и анамнез у больного; -составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания; -провести исследование клинического статуса; -определить показания и противопоказания для выбора дополнительных клинических и параклинических методов исследования; -использовать методы и средства врачебного осмотра, диагностических мероприятий. 	<p>Блок В, D - задания реконструктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - решение ситуационных задач; - реферат
	<p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -навыками сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, интерпретировать результаты наиболее распространенных 	<p>Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - презентации

	<p>методов функциональной диагностики, применяемых для выявления патологии крови, сердца и сосудов, легких, почек, печени и других органов и систем;</p> <p>- навыками оформления истории болезни, навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;</p> <p>-навыками осмотра пациентов, проведения необходимых диагностических мероприятий;</p> <p>-навыками построения клинического диагноза.</p>	- история болезни;
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
<p>ПК-5: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.</p>	<p>Знать:</p> <p>- Методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм.</p> <p>- Специфику выявления различных видов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ X пересмотра.</p> <p>- Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику в дифференциальной диагностике различных нозологических формам в соответствии с МКБ X пересмотра.</p>	<p>Блок А, С - задания репродуктивного уровня</p> <p>- тестовые задания</p> <p>- устный опрос</p>
	<p>Уметь:</p> <p>- Осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний;</p> <p>- Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ.</p>	<p>Блок В, D - задания реконструктивного уровня</p> <p>- решение ситуационных задач;</p> <p>- реферат</p>

	- Отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов заболеваний.	
	<u>Владеть:</u> -Навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. -Приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ X пересмотра. -Навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с (МКБ X пересмотра).	Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - презентации - история болезни;
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-7: Способен к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами.	<u>Знать:</u> - Этиологию, патогенез, клинику заболеваний. - Основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами. - основные направления и проблематику в ведении больных с различными заболеваниями.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - устный опрос
	<u>Уметь:</u> - Раскрыть смысл определения тактики ведения больных с различными заболеваниями. - Провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний. - Отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами.	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат болезни

	<p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками изложения и анализа этиологии, патогенеза различных клинических заболеваний для постановки диагноза. - Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами. - Владеть навыками определения тактики ведения больных с заболеваниями. 	<p>Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - презентации - история болезни;
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
<p>ПК-8: Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</p>	<p><u>Знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Этиологию, патогенез, клинику основных заболеваний с различными нозологическими формами. - Основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами. - Методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. 	<p>Блок А, С - задания репродуктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - тестовые задания - устный опрос
	<p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Правильно определить данное заболевание. - Провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний. - Вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. 	<p>Блок В, D - задания реконструктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - решение ситуационных задач; - реферат
	<p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками анализа различных видов лечения больных с различными нозологическими формами. - Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами. - Навыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях 	<p>Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - презентации - история болезни;

	дневного стационара.	
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-9: Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 их взаимодействие друг с другом. 	<p>Блок А, С - задания репродуктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - тестовые задания - устный опрос
	<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Блок В, D - задания реконструктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - решение ситуационных задач; - реферат
	<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - презентации - история болезни;
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе

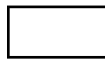
<p>ПК-14: Способен к ведению медицинской документации.</p>	<p><u>Знать:</u> -Перечень и характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях лечебного профиля; - Нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.</p>	<p>Блок А, С - задания репродуктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - тестовые задания - устный опрос
	<p><u>Уметь:</u> -Проводить медико-статистический анализ показателей здоровья прикрепленного населения; - Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде.</p>	<p>Блок В, D - задания реконструктивного уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - решение ситуационных задач; - реферат
	<p><u>Владеть:</u> - Навыками работы и методами ведения учётно-отчётной документации различного характера в лечебных учреждениях; - Навыками сравнительной характеристики медицинской документацией различного характера в лечебных учреждениях.</p>	<p>Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня</p> <ul style="list-style-type: none"> - презентации - история болезни;

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Технологическая карта дисциплины Специальность «Лечебное дело» Дисциплина «Педиатрия» Курс 5, семестр 9, количество ЗЕ – 5, отчетность – зачет.					
Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
9 семестр					
Раздел 6					
Периоды детства. Физическое и психомоторное развитие детей. АФО кожи, пжк, костно-мышечной системы.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	2/10
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи.	2	5	
Раздел 7					
АФО органов дыхания, кровообращения.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	3/11
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи.	2	5	
Раздел 8					
АФО органов кроветворения, мочевыделения.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	4/12
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи.	2	5	
Раздел 9					
АФО органов пищеварения. Вскармливание.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	6/14
	Рубежный контроль	Защита рефератов.	2	5	
Раздел 10					
Неонатология. Поликлиническая педиатрия.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	8/16
	Рубежный контроль	Защита презентаций.	2	5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)		Теоретическое задание; Ситуационная задача; Практические навыки.	20	30	9/17
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Технологическая карта дисциплины Специальность «Лечебное дело» Дисциплина «Педиатрия» Курс 5, семестр 10, количество ЗЕ – 5, отчетность – экзамен.					
Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
10 семестр					
Раздел 6					
Дефицитные состояния у детей (анемии, рахит, острое и хроническое нарушение питания).	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	24/35
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи.	2	5	
Раздел 7					
Заболевания органов дыхания.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	26/37
	Рубежный контроль	Защита истории болезни.	2	5	
Раздел 8					
Сердечно-сосудистая патология, заболевания системы крови.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	27/38
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи. Гемодинамика	2	5	
Раздел 9					
Заболевания желудочно-кишечного тракта. Патология почек и эндокринной системы.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	29/40
	Рубежный контроль	Тест, ситуационные задачи.	2	5	
Раздел 10					
Поликлиническая педиатрия.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	9	31/42
	Рубежный контроль	Защита презентаций.	2	5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Экзамен)		Теоретическое задание; Ситуационная задача; Практические навыки.	20	30	32/43
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

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



Тестовые задания по теме: «Физическое и психомоторное развитие детей. АФО особенности нервной системы, кожи, ЖК, костно-мышечного аппарата, органов дыхания».

1. Для эмбрионального периода характерно следующее:

1. закладка и органогенез всех органов
2. лактотрофный тип питания
3. формирование плаценты
4. возможное формирование бластопатий
5. возможное формирование фетопатий

2. Болезни, возникающие в период фетального развития, называются:

1. эмбриопатии
2. бластопатии
3. фетопатии
4. бластоцитопатии

3. Поздний фетальный период переходит в ... (период):

1. перинатальный
2. ранний неонатальный
3. поздний неонатальный
4. постнатальный

4. Средняя масса тела при рождении доношенных новорожденных составляет (граммы):

1. 2000-2500
2. 2500-3000
3. 2900-3500
4. 3500-4000
5. 4000-4200

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

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

6. Масса ребенка при рождении 3200г, долженствующая масса в 3 месяца составляет в

1. 4400
2. 5300
3. 5400
4. 6000
5. 4000

7. Средняя длина тела при рождении доношенного ребенка составляет (в см) :

1. 45
2. 49-54
3. 56-59
4. 60
5. 75

8. Особенностью вегетативной нервной системы у новорожденного являются:

1. ваготония
2. симпатикотония
3. периферические ветви n.vagus миелинизированы
4. имеется равновесие между симпатической и парасимпатической нервной системами

9. Недостаточное развитие клеток коры головного мозга и ее функциональная слабость у новорожденных выражаются:

1. в бессознательных, атетозоподобных движениях
2. в целенаправленности движений
3. недостаточном развитии межзачаточного мозга
4. в зрительном сосредоточении

10. Отличительной особенностью спинномозговой жидкости у новорожденных является все кроме:

1. ксантохромия
2. лимфоцитарный плеоцитоз
3. положительные реакции Панди и Нонне-Апельта
4. повышение нейтрофилов

11. Ребенок начинает удерживать головку к ____ месяцу:

1. 2,0
2. 4,5
3. 3,0
4. 3,5
5. 6

12. При хронических заболеваниях печени на коже появляются:

1. ангиомы
2. витилиго
3. розеолы
4. невусы
5. сосудистые звездочки

13. Особенности в строении дермы у детей :

1. волокнистая структура
2. слои плотно соединены друг с другом
3. зернистая состоит из сосочкового слоя
4. состоит из ретикулоцитарного слоя
5. эластичные волокна хорошо развиты

14. Потовые железы в первую очередь формируются на:

1. лбу
2. спине
3. шее
4. животе
5. ладонях и подошвах

15. Сальные железы у новорожденных отсутствуют на:

1. ладонях
2. туловище
3. волосистой части головы
4. лбу
5. спине

16. Сыровидная смазка содержит:

1. жиры
2. воду
3. амилазу
4. меланин
5. белок

17. Физиологический катар кожи новорожденных это ее:

1. гиперемия
2. бледность
3. желтушность
4. мраморность
5. синюшность

18. Избыточная влажность, потливость наблюдается у детей при:

1. гипотиреозе
2. рахите
3. полиомиелите
4. анемии
5. диарее

19. Кожа состоит из:

1. железистой ткани
2. эпидермиса, дермы
3. костной ткани
4. жировой ткани
5. хрящевой ткани

20. Образование меланина в эпидермисе у новорожденных:

1. недостаточное
2. избыточное
3. обычное
4. отсутствует не образуется

21. В клетках зернистого слоя эпидермиса у новорожденных отсутствует:

1. меланин
2. кератогиалин
3. гиалин
4. муцин
5. гиалуронидаза

22. Содержание воды в роговом слое эпидермиса у новорожденных по сравнению со взрослыми:

1. больше
2. меньше
3. одинаковое
4. отсутствует
5. очень маленькое

23. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 3 месяца:

1. хорошо держит головку в вертикальном положении и лежа на животе, фиксирует взор, улыбается, узнает мать, гулит
2. имеются атетозоподобные движения, гипертонус сгибателей, симптомы натяжения
3. пытается сидеть
4. тянется к предметам руками, захватывает их
5. сам поворачивается с живота на спину #

24. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 6 месяцев:

1. произносит единичные упрощенные слова
2. гулит
3. сам встает и стоит, держась за опору
4. переворачивается в постели, сидит, удерживает длительно игрушки, тянет их в рот, бросает, произносит отдельные слоги
5. ползает

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

1. 4-5
2. 6-7
3. 8-9
4. 12-13
5. 14-15

26. К безусловным рефлексам орального автоматизма периода новорожденности относятся:

1. Хватательный
2. Бабинского
3. Хоботковый
4. Хватательный
5. защитный

Тестовые задания по теме : «АФО органов кровообращения, кроветворения, мочевыделительной системы».

1. Внутриутробно функционируют эмбриональные протоки и шунты все кроме:

1. Аранциев проток
2. межжелудочковое отверстие
3. овальное окно
4. Боталлов проток

2. Компенсаторные механизмы против гипоксии плода все кроме:

1. увеличение дыхательной поверхности плаценты
2. отслойка плаценты
3. эритроцитоз
4. высокая кислородосвязывающая способность фетального гемоглобина
5. низкая потребность тканей плода в кислороде

3. Критический период для сердца плода (нед):

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

4. Облитерация артериального (Боталлова) протока происходит к возрасту (мес):

- 1.1
- 2.2
- 3.4
- 4.6
- 5.8

5. Функционирование овального окна прекращается у новорожденного вследствие:

1. повышения сопротивления в легочном русле
2. одинаковой толщины желудочков
3. увеличения притока крови в левое
4. предсердие эритроцитоза повышение
5. давления в нижней полой вене

6. Стимулятором роста левого желудочка у детей является:

1. увеличение диаметра аорты
2. возрастающее сосудистое сопротивление
3. увеличение длины тела
4. снижение артериального давления
5. изменение формы грудной клетки

7. Гистологические особенности миокарда новорожденных все кроме:

1. тонкие мышечные волокна
2. хорошо выражена продольная фибриллярность и поперечная исчерченность
3. слабо выражена продольная фибриллярность и поперечная исчерченность
4. ядра мелкие, малодифференцированные
5. соединительная ткань слабо развита

8. У детей с возрастом происходит ротация сердца:

1. Кнаружи
2. Кнутри
3. Вверх
4. Вниз
5. вправо

9. У новорожденного частота пульса в 1 минуту:

- 1.100
- 2.80
- 3.180
- 4.200
- 5.140

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

- 1.100
- 2.80
- 3.180
- 4.200
- 5.140

11. Формула расчета среднего систолического А/Д у детей старше года (мм. рт. ст), где n-возраст в годах:

1. $75+2n$
2. $105+2n$

3.90+2n
4.110+n
5.20-n

12. Формула среднего возрастного диастолического А/Д у детей старше года

1.45+n
2.60+n
3.75+n
4.90+n
5.60-n

13. Повышение А /Д с возрастом у детей связано с:

1.увеличением просвета вен
2.понижением тонуса сосудов мышечного типа
3.темпом роста ребенка
4.большим притоком крови в левое предсердие
5.рассыпным типом кровоснабжения миокарда

14. Физиологическая анемия наблюдается у детей в возрасте (мес.):

1.2-3
2.4-5
3.6-7
4.8-9
5.5-6

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

1.180
2.150
3. 130
4.120
5.110

16. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево – это все, кроме:

1.увеличение сегментоядерных
2.нейтрофилов увеличение
3.палочкоядерных нейтрофилов
4.увеличение юных нейтрофилов
5.увеличение миелоцитов увеличение базофилов

17. Эозинофилия не отмечается при:

1.сепсисе
2.аллергических заболеваний
3.глистных инвазиях
4.лямблиозе
5.атопическом диатезе

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

1.1-2
2.2-4
3.4-6
4-8
5.8-10

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

1.1-2

- 2.2-4
- 3.4-6
- 4.6-10
- 5.11-20

20. Тромбоцитопения наблюдается при:

- 1. экссудативном диатезе
- 2. гипопластической анемии
- 3. болезни Верльгофа
- 4. болезни Шейлен-Геноха
- 5. Дюшена

21. Особенностью строения почек у детей не является:

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

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

- 1.10
- 2.20
- 3.30
- 4.40
- 5.50

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

- 1.30
- 2.35
- 3.50
- 4.200

24. При пиелонефрите в моче не обнаруживается:

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

25. Структурно-функциональной единицей почки является:

- 1. капсула Шумлянско-Боумана
- 2. нефрон петля Генле
- 3. извитой каналец
- 4. лоханка и чашечка

26. О клубочковой фильтрации судят по:

- 1. клиренсу
- 2. пробе Зимницкого
- 3. пробе Нечипоренко
- 4. пробе на концентрацию
- 5. пробе на разведени

Тестовые задания по теме : «Неонатология».

1. Живорожденный ребенок обязательно имеет признаки:

1. срок гестации 38-41 недель
2. самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины
3. массу тела более 2500 гр.
4. правильно сформированное телосложение
5. кроме стигм дизэмбриогенеза

2. Ранний неонатальный период длится:

1. с рождения до 28 дней жизни
2. с рождения до 10 дней жизни
3. с рождения до 7 дней жизни
4. с начала родовой деятельности до 7 дней жизни
5. с 28 недели гестации до 7 дней после рождения #

3. У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать?

1. мастит
2. флегмона грудной клетки
3. половой криз
4. локальный отек абсцесс

4. Недоношенный ребенок рождается при сроке гестации менее...(нед):

1. 40-41
2. 38-39
3. 37
4. 35-36
5. 34-33

5. Поздний неонатальный период длится:

1. с рождения до 28 дней жизни
2. с 7 дней до 28 дней жизни
3. с 7 дней жизни до 1 года
4. с рождения до 7 дней жизни
5. с рождения до 40 дней

6. Доношенный ребенок рождается при сроке гестации...(нед):

1. 36-37
2. 38-40
3. 40-42
4. 42

7. Какой симптомокомплекс характеризует переносенного ребенка:

1. Громкий крик, кожа розовая, тургор тканей удовлетворительный,
2. рефлексы живые масса -2900 г, мягкие ушные раковины, открыт стреловидный шов, исчерченность кожи на 1/3 подошв
3. срок гестации 39 недель, масса -3 500 г, рост-50см
4. срок гестации 42 недели и более, рука "прачки", плотные кости черепа, сухая дряблая морщинистая кожа

8. Ранняя неонатальная смертность - это смерть детей первых _____ дней жизни, (на 1000 живорожденных):

1. 1-2
2. 2-4
3. 4-6
4. 7

9. Перинатальная смертность-это смерть детей... (на 1000 родившихся живыми и мертвыми):

1. в родах
2. в первые 7 дней после рождения
3. с 22 недели гестации по первые 7 дней жизни
4. с 22 недели гестации по первые 28 дней жизни

10. Какие из указанных симптомов Вы отнесете к пограничным состояниям новорожденных:

1. внутриутробная гипоксия
2. половой криз, транзиторная лихорадка, физиологическая желтуха новорожденных
3. синдром рвоты и срыгивания
4. гемолитическая желтуха
5. омфалит

11. Физиологическая желтуха у доношенных здоровых новорожденных появляется и длится:

1. на 2-3 день и длится до 5-8 дней
2. в первые 12 часов и длится 7 дней
3. на 6 день и длится 3 недели
4. при рождении, волнообразная

12. У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать?

1. мастит
2. флегмона грудной клетки
3. локальный отек
4. абсцесс
5. половой криз

13. Пуповина должна быть перевязана новорожденному (укажите неправильный ответ):

1. сразу после рождения, чем на 5-7 минуте.
2. после прекращения пульсации пуповины,
3. на первой минуте жизни
4. в первые 10 секунд после первого вдоха

14. АВС-реанимация новорожденных в асфиксии состоит из следующих мероприятий, кроме:

1. освобождения, поддержания свободной проходимости воздухоносных путей
2. асептики ИВЛ.
3. восстановления и поддержания сердечной деятельности и гемодинамики
4. витаминотерапии

15. Для ликвидации ацидоза у новорожденных детей при тяжелой степени асфиксии используют 4% раствор бикарбоната натрия из расчета:

1. 2,5 мл/кг/веса
2. 5 мл/кг веса
3. 7 мл/кг веса
4. 10 мл/кг веса
5. 25 мл/кг вес

16. У новорожденного по шкале Апгар не оцениваются:

1. частота сердцебиения,
2. цвет кожи
3. мочеиспускание, температура тела
4. дыхание
5. мышечный тонус, рефлексы

17. Клиническими симптомами асфиксии новорожденных являются:

1. тахикардия, гепатомегалия, отеки
2. иктеричность кожных покровов, гепатоспленомегалия
3. срыгивание желчью, повышение температуры тела
4. склерема, мраморность кожных покровов, брадикардия
5. нерегулярное дыхание, гипотония, гипорефлексия, цианоз кожи, нарушение ритма сердечных сокращений

18. Для оценки степени тяжести асфиксии используется шкала:

1. Апгар
2. Балларда
3. Сильвермана
4. Дубовича
5. Давене

19. В терапии судорожного синдрома при внутричерепных родовых травмах применяют 20% раствор натрия оксибутирата из расчета:

1. 1 мл/кг веса
2. 50-100 мг/кг веса
3. 20 мл однократно
4. 5 мл однократно
5. 500 мг/кг веса

20. При лечении родовой травмы центральной нервной системы применяют все, за исключением:

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

21. Геморрагическая болезнь новорожденных чаще всего проявляется:

1. в первые сутки
2. на 2-4 сутки
3. через неделю
4. через 30 минут после рождения
5. на 2 недели жизни

22. Первыми клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденного являются:

1. кровоточивость со слизистых,
2. мелена
3. анемия
4. гемартрозы
5. внутричерепные кровоизлияния

Тестовые задания по теме: «Поликлиническая педиатрия».

1. Вакцинация против кори, краснухи, паротита проводится в сроки:

1. 2 месяца
2. 3,5 месяца
3. 12 месяцев
4. 2 года
5. 6 лет

2. Вакцинацию против туберкулеза здоровому ребенку следует проводить в возрасте:

1. 1 мес.
2. 3 - 4 дней
3. 2 мес.
4. 5 мес.
5. 3,5 мес.

3. Иммунизация пентавакциной здоровому ребенку проводится в возрасте (календарь прививок в КР):

1. 4–5 дней, 2 месяца, 5 месяцев
2. 20 дней, 2 месяца, 12 месяцев
3. 1 месяц, 3,5 месяца, 5 месяцев 1,5 мес.
4. 2 месяца в 3,5 и в 5 месяцев

4. Ревакцинация АКДС проводится в возрасте (по календарю прививок в КР):

1. 6 мес.
2. 9 мес.
3. 2 года
4. 3 года
5. 5 лет

5. Двухмесячному ребенку проводится вакцинация (по прививочному календарю в КР):

1. АКДС-1, ВГВ-2, гемофилюсн. инфекция. ОПВ-2
2. АКДС-2, ОПВ-3
3. АКДС-3, ОПВ-4,
4. ВГВ-3 АКДС-4
5. ВГВ-1, БЦЖ, ОПВ-1

6. Реконвалесценты респираторных вирусных инфекций в организованных детских коллективах подлежат:

1. освобождению от основных уроков физического воспитания на 1-2 недели и освобождению от соревнований на ближайший период
2. освобождению от физкультуры на год
3. оформлению в подготовительную физкультурную группу
4. от уроков физкультуры не освобождаются

7. При скарлатине участковый педиатр наблюдает ребенка в течение (дней):

1. 3
2. 5
3. 10
4. 2

8. Ребенок с эпидемическим паротитом наблюдается участковым педиатром на дому:

1. 2-3 дня
2. 3-5 дня
3. 7 дней
4. 9-10 дней
5. 21 день

9. При коклюше изоляция ребенка проводится на (дней):

1. 3-10
2. 20
3. 30
4. 40
5. 60

10. Для лечения энтеробиоза вермокс применяют в следующей дозе (мг/кг):

1. 5-7
2. 2,5-3
3. 1,5-2
4. 8-10
5. 3-4,5

11. Когда следует впервые проводить определение готовности ребенка к обучению в школе?

1. с 3 лет
2. с 4 лет
3. с 5 лет
4. с 6 лет

12. Кратность наблюдения за недоношенными детьми включает:

1. осмотр врачом ГСВ на 1 месяце жизни
2. ежедневно один раз в неделю
3. через день один раз в две недели
4. один раз в месяц

Тестовые задания по теме: «Дефицитные состояния у детей».

1. Течение рахита, согласно классификации, не может характеризоваться как:

1. острое
2. подострое
3. рецидивирующее
4. abortивное

2. При рахите имеются следующие периоды (укажите неверный ответ):

1. разгара
2. начальный
3. возбуждения
4. реконвалесценции
5. остаточных явлений

3. В целях профилактики рахита методом «дробных доз» назначают витамин D в дозе... тыс МЕ в теч.

- 1.10
- 2.30
- 3.500
- 4.2000
- 5.5000

4. Укажите, не характерную для спазмофилии клиническую форму:

- 1.латентная
- 2.ларингоспазм
- 3.карпопедальный
- 4.спазм
- 5.экламптическая
- 6.форма отечная форма

5. Для начального периода рахита не характерно:

- 1.плаксивость
- 2.потливость костные
- 3.деформации
- 4.снижение аппетита
- 5.раздражительность

6. Предрасполагающими факторами к развитию гипервитаминоза D не являются:

1. суммарная доза витамина D 1000 000 МЕ и более
2. повышенная чувствительность к вит.
3. D хронические заболевания почек у детей
4. анемия, перинатальная энцефалопатия, атопический диатез
5. превышение дозировки витамина D по инициативе родителей, использование витамина в более высокой концентрации или спиртового раствора вит. D без плотной пробки

7. Критерием истощения тканевых запасов железа является:

1. снижение уровня общей железо-связывающей способности (ОЖСС) менее 45 мкмоль/л
2. снижение уровня сывороточного ферритина ниже 10-12 мкг/л
3. снижение количества эритроцитов
4. уменьшение размеров эритроцитов (микроцитоз)
5. повышение дисфераловой сидерурии

8. Для железодефицитной анемии характерны лабораторные показатели:

1. снижение уровня гемоглобина, гиперхромия (по цветовым индексам и морфологически) снижение
2. уровня гемоглобина, микросфероцитоз
3. снижение уровня гемоглобина, гипохромия, анизоцитоз, покилоцитоз
4. снижение уровня гемоглобина ниже 110г/л, гипохромия,
5. снижение количества эритроцитов менее $3,2 \times 10^{12}$ г/л цветовой показатель ниже 1

9. При железодефицитной анемии имеют место следующие внешние признаки:

1. кожные покровы «алебастровые», м.б. «готическое» нёбо, петехии и синяки
2. кожные покровы бледные;
3. при тяжелом течении с землистым или зеленоватым оттенком, 4. волосы тусклые, ногти с исчерченностью, «ложковидный язык»
4. кожные покровы бледные с легкой или выраженной желтушностью большой живот за счет гепатоспленомегалии

10. К клиническим признакам дефицита железа не относится:

1. бледность слизистых оболочек
2. систолический шум на верхушке сердца
3. спленомегалия (у ребенка старше 1 года) дистрофические
4. изменения кожи, волос, зубов койлонихии

11. Правильная тактика применения препаратов железа: до

1. нормализации гемоглобина
2. до нормализации уровня ферритина крови
3. до нормализации сывороточного железа в течение 2 недель
4. до исчезновения бледности кожных покровов

12. Основными принципами лечения железодефицитных анемий не являются:

1. витаминотерапия витамином С
2. использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками назначение препаратов железа
3. заместительная терапия препаратами крови или хирургическое лечение (спленэктомия)

13. При ЖДА детям назначаются препараты железа из расчета (мг элементарного железа на кг массы)

1. 2
2. 5-8
3. 10
4. 15
5. 20

14. Причинами развития железодефицитных анемий у детей не являются:

1. алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)
1. синдром мальабсорбции
2. инфекционные
3. заболевания аплазия
4. костного мозга
5. повышенная потребность организма ребенка в железе

Тестовые задания по теме: «Сердечно-сосудистая патология, заболевания системы крови.»

1. При одышно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно: ввести

1. строфантин
2. дать кислород
3. назначить пропранолол (анаприлин, обзидан) ввести промедол
4. если приступ продолжается - начать инфузионную терапию

2. При тетраде Фалло не наблюдается:

1. общий цианоз
2. отставание в физическом развитии
3. отклонение оси ЭКГ вправо
4. резкое увеличение границы сердца влево

3. При тетраде Фалло не наблюдается:
 1. дэкстрапозиция аорты
 2. стеноз легочной артерии
 3. стеноз аорты
 4. гипертрофия стенки правого желудочка

4. При выраженном изолированном стенозе легочной артерии имеет место все, за исключением:
 1. Систолическое дрожание во 2-3 межреберьях слева от грудины
 2. Эпигастральная пульсация
 3. Грубый систолический шум во 2 межреберье слева
 4. Границы сердца увеличены в поперечнике за счет правого желудочка, сердечный горб
 5. Грубый систолический шум во 2 межреберье справа

5. Для дефекта межпредсердной перегородки характерен:
 1. умеренный систолический шум во втором межреберье

 2. слева диастолический шум на верхушке акцент 2-го тона на a.pulmonalis
 3. систолический шум во втором межреберье справа
 4. диастолический шум во втором межреберье слева

6. Симптоматика открытого артериального протока включает всё, за исключением: высокое пульсовое давление
 1. грубый «машинный» шум во 2 межреберье слева, проводящийся на верхушку сердца сосуда шеи, и аорту
 2. легочная гипертензия во 2 межреберье
 3. во 2 межреберье у старших детей при изменении сброса крови справа налево
 4. одышка и цианоз грубый систолический шум справа от грудины

7. Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией:
 1. аортального клапана
 2. митрального клапана
 3. трехстворчатого
 4. клапана легочной артерии

8. При митральной недостаточности систолический шум бывает:
 1. нежный, короткий, непостоянный всегда грубый, с эпицентром в V точке шум дующий, на верхушке, проводится за пределы сердца,
 2. хорошо слышен в положении лёжа и стоя, усиливается при физической нагрузке
 3. выслушивается максимально во 2 межреберье справа от грудины
 4. выслушивается максимально во 2 межреберье слева от грудины.

9. К основным критериям ОРЛ относятся все, за исключением: кардит
 1. Полиартрит
 2. хорея
 3. ревматические подкожные узелки
 4. очаговая склеродермия

10. К лабораторным критериям ОРЛ не относится:
 1. повышение СОЭ, С-реактивный белок, лейкоцитоз повышение
 2. уровня сиаловых кислот повышение проницаемости капилляров
 3. повышение уровня антинуклеарных антител, ревматоидный фактор «+» удлинение интервала
 4. P-Q на ЭКГ

11. Учительница обратила внимание родителей на то, что девочка 10 лет стала обидчивой, плаксивой, у нее испортился почерк, плохо выполняет задания на уроках труда. В этой ситуации следует подумать:
1. о неврозе
 2. об ослаблении зрения
 3. о хорее
 4. о неврите периферических нервов
12. Одним из основных диагностических критериев ревматической лихорадки является: очаговая
1. инфекция
 2. кардит
 3. общее
 4. недомогание
 5. артралгия
13. Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:
1. патологией сосудистой стенки
 2. дефицитом плазменных факторов свертывания
 3. нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
 4. перераспределением тромбоцитов
14. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:
1. недостаточным образованием тромбоцитов
 2. повышенным разрушением тромбоцитов
 3. перераспределением тромбоцитов
 4. дефицитом плазменных факторов свертывания
15. Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:
1. IX фактора
 2. XI фактора
 3. VIII
 4. фактора X
 5. фактора
16. При гемофилии время кровотечения:
1. удлиняется
 2. не меняется
 3. укорачивается
 4. не учитывается
17. Тип наследования гемофилии:
1. сцепленный с X-хромосомой
 2. аутосомно-доминантный
 3. аутосомно-рецессивный сцепленный
 4. с Y-хромосомой
18. Кожные поражения при геморрагическом васкулите, (укажите нетипичную характеристику):
1. Макуло-папулезные высыпания папулезные высыпания, при надавливании бледнеют
 2. Через некоторое время сыпь становится геморрагической (красно-багровой)
 3. Сыпь располагается симметрично, над суставами, на ягодицах, вн. поверхности бедер и т.д.
 4. Волнообразность подсыпаний и их полиморфность
 5. Сыпь синячкового типа, несимметричность

Тестовые задания по теме: «Заболевания желудочно-кишечного тракта. Патология почек и эндокринной системы.»

1. К факторам «защиты» слизистой желудка относятся:
 - 1.слизисто-бикарбонатный барьер
 - 2.пепсиноген
 - 3.регенераторная способность слизистой оболочки
 - 4.достаточное кровоснабжение
2. К факторам «агрессии» при хронической гастродуоденальной патологии относятся:
 - 1.повышенная выработка HCl и пепсина
 - 2.достаточное кровоснабжение
 - 3.гастродуоденальная дисмоторика
 - 4.пилорический хеликобактер
3. По этиологии выделяют следующие гастриты:
 - 1.ассоциированный с НР
 - 2.гранулематозный
 - 3.аутоиммунный
 - 4.реактивный
4. По локализации выделяют следующие гастриты:
 - 1.антральный
 - 2.эозинофильный
 - 3.фундальный
 - 4.пангастрит
5. Наиболее частая локализация язвенной болезни у детей:
 - 1.тело желудка
 - 2.12-перстная кишка
 - 3.двойная локализация
 - 4.дно желудка
6. Укажите осложнения язвенной болезни:
 - 1.Тромбоцитопения
 - 2.кровотечение
 - 3.стеноз
 - 4.привратника
 - 5.пенетрация
7. Перечислите препараты, которые можно использовать для лечения пилорического хеликобактера:
 - 1.хеликобактера:
 - 2.солкосерил
 - 3.де-нол
 - 4.амоксициллин
 - 5.кларитромицин
8. Выберите клинические симптомы, наиболее характерные для острого пиелонефрита:
 - 1.артериальная гипертензия
 - 2.боли в животе

- 3.затрудненное мочеиспускание
- 4.повышение температуры

9. Выберите препараты, которые чаще всего назначают при нефритическом синдроме:

- 1.преднизолон
- 2.урантил
- 3.цитостатики
- 4.гепарин

10. Протеинурия не более 2 г/л, гематурия, олигоурия - характерны для:

- 1.нефритического синдрома
- 2.пиелонефрита
- 3.нефротического синдрома
- 4.гемолитико-уремического синдрома

11. Какой показатель характерен для нефротического синдрома?

- 1.лейкоцитурия более 4 млн/л
- 2.эритроцитурия 100 000 - 1 000 000/л
- 3.протеинурия 1 г/л
- 4.протеинурия более 3,0 г/л

12. Какие из лабораторных показателей наиболее характерны для пиелонефрита?

- 1.протеинурия до 1 г/л
- 2.лейкоцитурия
- 3.эритроцитурия
- 4.бактериурия

13. Дольше всего после перенесенного острого гломерулонефрита у детей сохраняются;

- 1.общая слабость
- 2.артериальная гипертензия
- 3.головная боль
- 4.изменения в моче

14. Появление белка в моче может быть связано с:

- 1.физическими нагрузками (спорт)
- 2.переохлаждением
- 3. ортостатическим лордозом (у подростков)
- 4. периодом полового созревания

15. При гломерулонефрите ограничивают:

- 1.повареную соль
- 2.воду
- 3.углеводы
- 4.белок

**Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ**

9 семестр**Задача 1**

Ребенок 2 месяцев. Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании. В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста — диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,58, Ретик. — 12%, Лейк — $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 250 ед/л (норма — до 600), АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Консультация каких специалистов необходима данному больному? 6. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
6. Назначьте питание.
7. Прогноз заболевания?

Задача 2

Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (пролапс митрального клапана, хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г, длина 47 см. Вскармливание: до 2 мес — грудное, далее смесью «Туттели». Appetit был всегда снижен. Объективно: масса тела 2700 г, длина 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые оболочки бледные. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно — дыхание пуэрильное. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС — 124 ударов в мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: Но — 72 г/л, Эр — $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 31%, э — 3%, л — 55%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 10,0 мл, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 58 г/л, альбумины -30 г/л, холестерин — 3,2 ммоль/л, глюкоза — 3,4 ммоль/л, мочевины — 3,4 ммоль/л, калий — 4,4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Какая причина этого заболевания?
2. Оцените показатели массы тела и длины при рождении.
3. Какие патогенетические механизмы изменения соматотропного гормона при данном состоянии?
4. Патогенез задержки физического развития ребенка.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания? Консультация какого специалиста потребуется?

Задача 3

Девочка Ю., 1 года, поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, повторную рвоту, отказ от еды и питья. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3200 г, длина — 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес, прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса тела в 11 месяцев — 9,8 кг.

Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Психо-физическое развитие соответствует возрасту.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температуры тела, до $39,2^{\circ}\text{C}$, появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,9, Лейк — $16,3 \times 10^9/л$, п/я — 6%, с — 41%, э — 1%, л — 44%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес — 1028, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, калий — 3,2 ммоль/л, натрий — 152 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,0 ммоль/л (норма — 0,8-1,1), фосфор — 1,2 ммоль/л (норма — 0,6-1,6), АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 ЕД/л (норма — до 40), серомукоид — 0,480 (норма — до 0,200).

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назовите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста.
5. Какие изменения на ЭКГ отмечаются при гипокалиемии?
6. Назначьте лечение.

Задача 4

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной 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 синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес 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.

Дополнительные исследования

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 — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

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

Задание к задаче

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
5. Какие клиничко-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Задача 5

Ребенок 3месяцев. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине. Роды в срок, масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. Ребенок начал терять в массе. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 4200 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Затылок уплощен. 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 вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 85 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,78, Ретик. — 0,2%, Лейк — $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 550 ед/л. АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания?

Задача 6

Мальчик, 1 год, поступил в больницу с жалобами со слов мамы на: плохой аппетит, ребенок плохо прибавляет в массе тела, отстает в физическом развитии.

Анамнез жизни: Ребенок от IV беременности, III родов. I, II беременности - нормальные роды, здоровые дети. III беременность - выкидыш на 12 неделе. Данная беременность протекала на фоне токсикоза в I триместре. Анемия на протяжении всей беременности, лекарства не получала, на 8 мес переболела ОРВИ без повышения температуры тела, Роды в сроке на 38 недель, самостоятельные, МПР - 3500, закричал сразу. Выписаны на 3 сутки. Объективно: При поступлении состояние ребенка средней тяжести, ребенок вялый. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Мышечный тонус снижен, отмечается снижение эластичности и тургора тканей. Кожа легко собирается в складки, но плохо расправляется. Подкожно-жировой слой развит не равномерно, отсутствует на животе, туловище и конечностях; на лице - сохранен. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки».

Отмечается одышка, дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Стул со слов мамы редкий 1 раз в 3 дня. Вес 7800 г., рост 67 см.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр — $2,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,7, Лейк — $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назначьте лечение.
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.
6. Прогноз.

Задача 7

Девочка 7 месяцев, поступила в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела.

Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с сильным токсикозом во время беременности. Во время беременности мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 4мес — кашами.

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.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 62 см. Ребенок вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Кожа с пониженной эластичностью. Большой родничок 2×1,5см со слегка податливыми краями. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Живот мягкий, без болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — не увеличена. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый. Мочеиспускание редкое.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 69 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 -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

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

Задание к задаче

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.
6. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Задача 8

Девочка В., 10 месяцев, доставлена в детскую больницу в тяжелом состоянии, обусловленное сильным истощением.

Из анамнеза известно, Ребенок от первой беременности, первых родов, беременность протекала на фоне: тяжелой анемии, лечение не получала, угроза выкидыша на 12, 26, 30 неделях беременности. В 7мес переболела ОРВИ. Роды в срок 39 недель, путем кесарева сечения, из-за слабой родовой деятельности. Малыш закричал сразу. Выписаны на 6 сутки.

Ребенок находился на искусственном вскармливании, прикорм со слов мамы был введен поздно на 8 месяце. В массе прибавляла плохо. Отставала в психо-моторном и физическом развитии.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок вялый, глазки открывает не охотно, температура тела $35,6^{\circ}\text{C}$, Аппетит снижен, со слов мамы малыш часто срыгивает. Кожа бледная, с сероватым оттенком,

сухая, конъюнктивы и роговица глаз сухие; Подкожно-жировой слой отсутствует везде, даже на лице и щеках; Конечности холодные, при пальпации отмечается западание большого родничка и глазных яблок. Дыхание поверхностное. Живот втянут, мягкий, безболезненный. Стул частый 3-4 раза в день, неоформленный, разжиженный. Вес 5100г., рост 62 см.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 60 г/л, Эр — $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,73, Лейк — $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

Общий анализ мочи: 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 — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
3. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
4. Необходимая терапия?
6. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
7. Каков прогноз для данного ребенка?

Задача 9

Мальчик 1 года, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула. Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес — пневмонию. После перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес, затем — искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены. При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр — $2,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,7, Лейк — $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь —

немного.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните патогенез развития заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие изменения в копрограмме характерны для данной патологии?
6. Тактика ведения: методы терапии, основные группы лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности.

Задача 10

Девочка М., переведена в детскую больницу в возрасте 9 дней из роддома. Анамнез: матери 28 лет, 1-я беременность 7 лет назад закончилась мед. аборт, 2-я беременность – настоящая. Роды 1, на 39-й неделе, многоводие, воды светлые. Девочка родилась в тяжелом состоянии, крик очень слабый, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Масса тела 3150, длина 50 см, Кожа бледно-желтая, отечность конечностей, туловища. Известно, что мать имеет В(III) Rh(-) группу крови, отец - А(II) Rh(+). Во время беременности у матери за месяц до родов определен высокий титр антирезусных антител.

При рождении общий билирубин у ребенка 185 мкмоль/л, гемоглобин 40 г/л. На 20 минуте жизни проведено лечебное мероприятие. За первые четверо суток жизни было в общей сложности проведено 2 таких лечебных мероприятия. С 5 дня жизни желтуха начала уменьшаться, отеки уменьшились к пятому дню жизни.

Данные объективного осмотра при поступлении: температура тела 36.5-36.8 градусов, ЧД 32 в мин, ЧСС 124 в мин, масса 2800, окружность головы 33см, груди 31 см. Состояние тяжелое, крик тихий, имеется

лануго на плечах и ушных раковинах, пупочное кольцо расположено низко. Кожа иктеричная, сухая, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз стоп, ладоней, пупочная ранка с серозным отделяемым, имеется отечность нижней части туловища и конечностей. БР 1х1 см, в легких хрипов нет, границы

относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, систолический шум во 2-м межреберье. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +1,5 см. Стул желтый, моча светлая. Снижена двигательная активность, рефлексы новорожденных снижены, непостоянный симптом Грефе, слева опущение угла рта и сглаженность носогубной складки.

Данные обследования: общий анализ крови: Hb 116 г/л, эр. $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,85, тромб.- 143,5 тыс., лейкоц.- $8,3 \times 10^9/л$, миел.-2, метамиел.-1, п.я.-2, с.я. - 40, э.-1, л.-46, м.- 8, СОЭ-4 мм/час.

Биохимия крови: белок 60 г/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, билирубин прямой- нет, непрямоy - 250 ммоль/л.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Какая группа крови и Rh фактор вероятнее всего у данного ребенка?
3. Какое лечебное мероприятие было проведено в роддоме 2 раза?
4. Другие методы лечения данного заболевания, принципы реабилитации?
5. Прогноз

Задача 11

Ребенок Н., мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности. Роды произошли в 30 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго -15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре: значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком.

Раздувание крыльев носа, ЧД - 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС - 148 в минуту. Оценка по шкале Даунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Живот мягкий, доступен к пальпации. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Пенный тест Клементса слабоположительный. На R-грамме грудной клетки - многочисленные тени мелких ателектазов.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты - $16 \times 10^9/л$, п -6%, с - 63%, э - 1%, л -24%, м -6%, СОЭ -1 мм/час.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
5. Опишите принципы терапии в родильном доме.
6. Какие возможны осложнения?
7. Можно ли делать профилактические прививки?
8. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

Задача 12

Ребенок Т., мальчик, от первой беременности, извлечен путем кесарева сечения.

Женщина первородящая 34 года, имеет миопию тяжелой степени. Беременность протекала с угрозой выкидыша в 12 недель. Во второй половине беременности женщина лечилась в стационаре по поводу пиелонефрита. В сроке 38 недель беременности произведено плановое родоразрешение под общей анестезией. Извлечен мальчик, с массой тела 3100 г. в состоянии наркотической депрессии. Закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. К груди приложен на третьи сутки, сосал в родильном доме слабо.

Перенес ОРЗ в возрасте 8 дней после контакта с больной матерью. На пятый день заболевания состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 38,5 С. Отказывается от груди. Появилась одышка смешанного типа с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий до 70 в минуту, ЧСС 140 в минуту. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом, цианотичны. В легких при аускультации множественные рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Госпитализирован в отделение патологии новорожденных.

При обследовании в стационаре: на R-грамме легочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, местами сгущен, определяются многочисленные мелкоочаговые тени с обеих сторон.

В анализе крови: НЬ - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,97, лейкоциты - $16 \times 10^9/л$, п - 12%, с - 64%, э - 2%, л - 22%, м - 10%, СОЭ-7 мм/час.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Правильна тактика врача-педиатра на участке?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Проведите дифференциальный диагноз данной патологии.
7. Перечислите возможные осложнения. 8. Сформулируйте принципы патогенетической терапии данного заболевания.

Задача 13

Девочка поступила с педиатрического участка в возрасте 1 мес. с направительным диагнозом затянувшаяся конъюгационная желтуха. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 1-ой нормально протекавшей беременности и родов, весом 4100 г., длиной 52 см. Закричала сразу, приложена к груди в родильном зале, желтуха появилась на 3-е сутки (максимальный уровень непрямого билирубина составлял 210 мкмоль/л). Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки жизни. На первом месяце жизни интенсивность желтухи то снижалась, то нарастала. Стул стал редким, со склонностью к запорам.

При осмотре общее состояние средней тяжести. На грудном вскармливании, дефицита веса нет. На осмотр реагирует вяло, ребенок очень спокойный, временами безучастный. Крик малоэмоциональный, нет четкого зрительного сосредоточения. Мышечная гипотония. Отмечается низкий тембр голоса, макроглоссия, пастозность, истеричность кожных покровов. При пальпации кожа грубовата, сухая, холодная. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадикардии до 112 ударов в минуту. Живот увеличен в боковых размерах, несколько вздут, при пальпации мягкий во всех отделах. Печень выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови - Эр.- $4,09 \times 10^{12}/л$, НЬ- 129 г/л, Лейкоциты- $6,5 \times 10^9/л$.

В биохимическом анализе уровень непрямого билирубина 158 мкмоль/л, прямого - 12,6 мкмоль/л. НСГ: без патологии.

ЭЭГ: данные биоэлектрической активности не соответствуют возрасту ребенка, нарушены процессы миелинизации.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести для его уточнения?
3. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
4. Назначить лечение.

Задача 14

Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность - срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала со рвотой беременных в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут, безводный период

2 часа. При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 гр. оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8 С. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар.

При осмотре ребенок возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы вялые, размером 5-10 мм, с венчиком гиперемии вокруг, легко снимаются. Температура тела 38⁰С.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты - $26 \times 10^9/л$, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины заболевания ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Нужны ли консультации специалистов?
5. Изложите принципы ухода за ребенком.
6. Назначьте местное лечение.
7. Обоснуйте принципы терапии.
8. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача 15

Ребенок родился массой 3700 г, длиной 53см. С 2-х мес. находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 6,5 мес.

Вопросы:

1. Рассчитать должную массу тела ребенка.
2. Его потребность в Б, Ж, У и калориях.
3. Составить диету на 1 день. Какую молочную смесь лучше использовать и почему?
4. Вычислите рост, вес у ребенка в 7 лет.
5. Какова ежегодная прибавка в росте и весе у детей после 5 лет?

Задача 16

Ребенку 10 мес. Родился доношенным с массой 3500г, длиной тела-51 см. Окружность головы-35 см, окружность груди-34см. В настоящее время масса-9800г, длина-74 см, окружность головы-45см, окружность груди-47см. Находится на грудном вскармливании, с 6 мес. получает прикорм (в настоящее время – 3 прикорма). При осмотре: со стороны внутренних органов без патологии. Печень +1,5 см. Общий анализ крови: эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, ЦП - 0,8, Л - $10 \times 10^9/л$, Эоз - 4, П - 2, С - 28, Лимф - 60%, Мон - 4, СОЭ - 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Какие особенности печени при пальпации у ребенка в 10 мес?
3. Какие особенности гемограммы у ребенка в 10 мес?
4. Мама просит совета, отнимать ли ребенка от груди?

Задача 17

Ребенок родился с массой 3600г, длина тела – 52см, находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 3 мес.

Вопросы:

Рассчитать:

1. Какую массу и длину тела должен иметь ребенок в 3 мес?
2. Какой объем пищи он должен получить на одно кормление (объемным способом)?
3. Его потребность в Б, Ж, У, и калориях?
4. Составить диету на 1 день.

Задача 18

Ребенок родился массой 3600 г, длиной 53 см. Сейчас ему 2 мес. Ребенок переведен на смешанное вскармливание (у матери- гипогалактия, половина необходимого в сутки молока).

Вопросы:

1. Рассчитать: массу тела ребенка, суточный объем пищи и потребность в Б, Ж,У и калориях.
2. Составить диету на 1 день.

Задача 19

Ребенок родился массой 3100г, длиной 50 см. В настоящее время ребенку 5 недель, вес 3600г. Мать обратилась к врачу т.к. ребенок стал беспокойным, редко мочится. Находится на естественном вскармливании, грудь дается 6 раз в сутки. Мать обеспокоена, что у нее недостаточно молока. При контрольном взвешивании до и после кормления (3 раза в разные часы) ребенок высасывает по 60-70 мл. молока. После кормления, при сцеживании груди – молока нет.

Вопросы:

1. Достаточно ли ребенок прибавляет в массе?
2. Достаточно ли молока у матери?
3. Есть ли необходимость докорма?
4. Составить диету ребенку на I день.

Задача 20

Ребенку 12 мес. В амбулаторной карте сделана запись:

- а) рост 77 см, вес 11 кг, окружность головы- 46 см, окружность груди-48 см; б) большой родничок закрыт; в) говорит 8 слов; г) ходит, ест сам, активен.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие.
2. Оцените нервно-психическое развитие.

Задача 21

Ребенок 3 мес., приглашен на профилактический осмотр к узким специалистам и для взятия общего анализа крови. Родился доношенным в срок, массой 3600г, длиной 52 см. Находится на грудном вскармливании.

При обследовании: рост 61 см, вес 6000г. Общий анализ крови: Эр- $3,9 \times 10^9 / \text{л}$, Нв - 120 г/л, Ц. П - 0,85, Тр - $245 \times 10^9 / \text{л}$, лейкоц - $12 \times 10^9 / \text{л}$, Б - 0, Эоз - 2, нейтр. - 35, п/я-3, Л - 54, М - 6, СОЭ - 2 мм/ч.

Вопросы:

1. Опишите физическое развитие ребенка.
2. Оцените общий анализ крови

Задача 22

Грудной ребенок. При осмотре: имеет 6 зубов: 2 нижних и 4 верхних резца. Ребенок хорошо сидит, встает без поддержки, ходит по манежу, держась за стенку, делает первые шаги.

Вопросы:

1. Укажите возраст ребенка, используя данные «зубного» возраста и психомоторного развития.
2. Какова формула подсчета количества молочных зубов?

Задача 23

Вы присутствуете в род. зале во время родов. Роды I, ребенок родился с массой 3600г, длиной 52 см, окружность головы-35 см, окружность груди-34 см. Закричал сразу.

Вопросы:

1. Доношен ли ребенок?
2. Когда необходимо приложить ребенка к груди?
3. Какой совет вы дадите маме по вскармливанию?
4. Какие рефлексы новорожденного должны вызываться у ребенка?
5. Какое количество грудного молока должен получать ребенок на 5-й день жизни? Воспользуйтесь при расчете формулой Зайцевой, Финкильштейна, простым способом.

Задача 24

Девочке 3,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит + вирусный гепатит В (в 2 месяца) перенесла хорошо.

На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины - инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
4. Каковы могли быть противопоказания для дальнейшей вакцинации АКДС?

Задача 25

Девочка 6 лет росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа.

В детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. На следующий день у девочки поднялась температура тела до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Состояние было расценено как ОРВИ, проводилась симптоматическая терапия. На 4-й день девочка пошла детский сад. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей - несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Над легкими легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. Стул и диурез не нарушены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. Перечислите возможные осложнения, возникающие после введения коревой вакцины.
4. Какие другие виды вакцин можно вводить ребенку одновременно с коревой?

Задача 26

Профилактический прием педиатра в ЦСМ.

Девочке 2 месяца. Ребенок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Ребенок от 1-й беременности. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 51 см. Из роддома выписана в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела - 4000 г, длина - 57 см. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание - пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом. При осмотре: ребенок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Хорошо следит за яркими предметами. Отвечает улыбкой на разговор, «агукает». Контрольное взвешивание – 70 мл.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Определите группу здоровья.
2. Причины возникновения данного состояния.
3. Вычислите должную массу тела, рассчитайте индекс Эрисмана.
4. Назначьте лечение.

Задача 27

Вызов участкового врача на дом. Мальчику 1 год 8 месяцев. Со вчерашнего дня отмечается повышение температуры тела до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против кори, краснухи и паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и вирусного гепатита В перенес нормально.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии.

Менингеальные знаки не выявляются.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребенка?
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита.

10 семестр

Задача-1

Ребенок 2 месяцев. Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании. В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста — диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,58, Ретик. — 12%, Лейк — $8,8 \times 10^9/л$, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок

— 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 250 ед/л (норма — до 600), АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
6. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
7. Назначьте питание.

Задача -2

Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (пролапс митрального клапана, хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г., длина 47 см. Вскармливание: до 2 мес. — грудное, далее смесью «Туттели». Аппетит был всегда снижен.

Объективно: масса тела 2700 г, длина 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые оболочки бледные. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно — дыхание пуэрильное. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС — 124 ударов в мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: Но — 72 г/л, Эр — $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 31%, э — 3%, л — 55%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 10,0 мл, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 58 г/л, альбумины -30 г/л, холестерин — 3,2 ммоль/л, глюкоза — 3,4 ммоль/л, мочевины — 3,4 ммоль/л, калий — 4,4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Какая причина этого заболевания?
2. Оцените показатели массы тела и длины при рождении.
3. Какие патогенетические механизмы изменения соматотропного гормона при данном состоянии?
4. Патогенез задержки физического развития ребенка.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания? Консультация какого специалиста потребуется?

Задача 3

Девочка Ю., 1 года, поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, повторную рвоту, отказ от еды и питья. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3200 г, длина — 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес, прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса тела в 11 месяцев — 9,8 кг. Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Психофизическое развитие соответствует возрасту.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температуры тела, до $39,2^{\circ}\text{C}$, появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9, Лейк — $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 41%, э — 1%, л — 44%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1028, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, калий — 3,2 ммоль/л, натрий — 152 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,0 ммоль/л (норма-0,8-1,1), фосфор — 1,2 ммоль/л (норма — 0,6-1,6), АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ— 19 ЕД/л (норма — до 40), серомукоид — 0,480 (норма — до 0,200).

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назовите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста.
5. Какие изменения на ЭКГ отмечаются при гипокалиемии?
6. Назначьте лечение.

Задача 4

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной 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 синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200г. 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.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НГ — 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 — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

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

Задание:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?

Задача 5

Ребенок 3месяцев. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине. Роды в срок, масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. Ребенок начал терять в массе. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 4200 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Затылок уплощен. 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 вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 85 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,78, Ретик. — 0,2%, Лейк — $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 мкмоль/л, общий белок — 57,0 г/л, альбумины — 36 г/л, мочевины — 3,5 ммоль/л, холестерин — 2,2 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 550 ед/л. АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
7. Прогноз заболевания?

Задача 6

Мальчик, 1год, поступил в больницу с жалобами со слов мамы на: плохой аппетит, ребенок плохо прибавляет в массе тела, отстает в физическом развитии.

Анамнез жизни: Ребенок от IV беременности, III родов. I, II беременности - нормальные роды, здоровые дети. III беременность - выкидыш на 12 неделе. Данная беременность протекала на фоне токсикоза в I триместре. Анемия на протяжении всей беременности, лекарства не получала, на 8мес переболела ОРВИ без повышения температуры тела, Роды в сроке на 38неделя, самостоятельные, МПР- 3500, закричал сразу. Выписаны на 3 сутки.

Объективно: При поступлении состояние ребенка средней тяжести, ребенок вялый. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Мышечный тонус снижен, отмечается снижение эластичности и тургора тканей. Кожа легко собирается в складки, но плохо расправляется. Подкожно-жировой слой развит не равномерно, отсутствует на животе, туловище и конечностях; на лице – сохранен. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». Отмечается одышка, дыхание в лёгких пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Стул со слов мамы редкий 1 раз в 3 дня. Вес 7800г., рост 67см.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр — $2,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,7, Лейк — $16,3 \times 10^9$ /л, п/я -4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назначьте лечение.
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.
6. Прогноз.

Задача 7

Девочка 7 месяцев, поступила в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела.

Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с сильным токсикозом во время беременности. Во время беременности мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 4мес — кашами. 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.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 62 см. Ребенок вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Кожа с пониженной эластичностью. Большой родничок $2 \times 1,5$ см со слегка податливыми краями. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Живот мягкий, без болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — не увеличена. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый. Мочеиспускание редкое.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 69 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 -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

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

Задание к задаче

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
5. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Задача 8

Девочка В., 10 месяцев, доставлена в детскую больницу в тяжелом состоянии, обусловленное сильным истощением.

Из анамнеза известно, Ребенок от первой беременности, первых родов, беременность протекала на фоне: тяжелой анемии, лечение не получала, угроза выкидыша на 12, 26, 30 неделях беременности. В 7мес переболела ОРВИ. Роды в срок 39 недель, путем кесарева сечения, из-за слабой родовой деятельности. Малыш закричал сразу. Выписаны на 6 сутки. Ребенок находился на искусственном вскармливании, прикорм со слов мамы был введен поздно на 8 месяце. В массе прибавляла плохо. Отставала в психо- моторном и физическом развитии.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок вялый, глазки открывает не охотно, температура тела 35,6°С, Аппетит снижен, со слов мамы малыш часто срыгивает. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая, конъюнктивы и роговица глаз сухие; Подкожно-жировой слой отсутствует везде, даже на лице и щеках; конечности холодные, при пальпации отмечается западание большого родничка и глазных яблок. Дыхание поверхностное. Живот втянут, мягкий, безболезненный. Стул частый 3-4раза в день, неоформленный, разжиженный. Вес 5100г., рост 62 см.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 60 г/л, Эр — $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,73, Лейк — $7,2 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

Общий анализ мочи: 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 — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
3. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
4. Необходимая терапия?
6. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
7. Каков прогноз для данного ребенка?

Задача9

Мальчик 1 года, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула. Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес – пневмонию. После перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес, затем – искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены. При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна.

Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр — $2,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,7, Лейк — $16,3 \times 10^9/л$, п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните патогенез развития заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие изменения в копрограмме характерны для данной патологии?
6. Тактика ведения: методы терапии, основные группы лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности.

Задача 10

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа тонических судорог в конечностях, 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, остановилось дыхание, девочка посинела.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела $36,6^{\circ}C$, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок $2,0 \times 2,0$ 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. Мочеиспускание не нарушено.

Дополнительные данные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,83, Лейк — $7,2 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

Общий анализ мочи: 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 — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л. ЭЭГ — без регистрации эпилептиформной активности.

Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
4. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
6. Чем опасен судорожный синдром?
7. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
8. Назначьте лечение.

Задача11

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной смесью «Малютка». С 4 мес получает манную кашу. С 2 мес потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.

Объективно: масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3×3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «четки». Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии, левая — на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС — 130 ударов в мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 90 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $6,4 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 23%, э — 4%, л — 60%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: эпителия — нет, слизи — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз. В чем причина развития заболевания?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие - для подострого?
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
6. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
7. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
8. Назначьте терапию.

Задача12

Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок, осенью. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное

вскармливание до 1,5 месяцев, затем — искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.

Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8-0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД — 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 ударов в мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр — $3,6 \times 10^{12}$ /л; Лейк — $5,6 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 31%, э — 2%, л — 56%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40 мл, лейкоциты — 2—3 в п/з, эритроциты — нет.

Задание:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие причины способствовали заболеванию?
4. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
5. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
6. Тактика лечебных мероприятий?

Задача 13

Ребенку 5 мес. До 2-х мес. был на естественном вскармливании, затем переведен на искусственное. Получает цельное коровье молоко и смеси. В 5 мес. масса - 8200г. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает поллинозом. С месячного возраста у ребенка отмечаются гнейс, упорные опрелости. В настоящее время на щеках ребенка кожа гиперемирована, местами — мокнутие с образованием корочек; на коже туловища небольшие зудящиеся эритематозные высыпания с элементами шелушения. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Пальпируются периферические лимфоузлы II порядка. Со стороны других органов без особенностей. В общем анализе крови: Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 118 г/л, Лейк. - $10,6 \times 10^9$ /л, П - 2%, с - 28%, Э - 8%, Л - 56%, М - 6%, СОЭ — 10мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка.

Задача 14

Ребенок 1,5 мес., родился недоношенным с массой 2000г, поздно приложен к груди, в I мес переведен на искусственное вскармливание. Аппетит снижен, отстает в физическом развитии. При осмотре выявлена выраженная бледность и сухость кожных покровов, вес 2200г. Язык розового цвета, атрофированы сосочки. В области верхушки сердца выслушивается непостоянный короткий систолический шум. Печень и селезенка увеличены до +4,0см. В ббщнем анализе крови: Нв-78г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Цв.п.-0,72, ретикулоцитов-18 %₀ СОЭ-2 мм/час. Выражена гипохромия эритроцитов.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить у ребенка?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?

3. Назовите основные этиологические факторы заболевания?
4. Тактика врача в составлении режима кормления.
5. Медикаментозная терапия.

Задача 15

Ребенку 5 мес., от I беременности, находился на естественном вскармливании до 2-х мес., затем переведен на смешанное вскармливание, а 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 800г. и к 5 мес. масса тела составляла 8200г. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В I 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 появилось покраснение щек, которое вскоре перешло в мокнущую разлитую красноту с образованием корочка, на туловище кожные высыпания. В 4 мес., все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон - поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожно-жировой слой развит избыточно, дряблый. Мышечный тонус снижен, кожа лица гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корочками. На коже туловища расчесы. Язык географический. Из носа - непостоянные серозные выделения. На шее, в паховых областях, прощупываются эластичные, подвижные лимфатические узлы величиной с «горох». 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.

В общем анализе крови: Нв - 118 г/л, эрит - $4,0 \times 10^{12}/л$, Л - $10,6 \times 10^9/л$, п - 2%, с - 28%, л - 56, э - 8%, м - 6, СОЭ - 10 мм/час.

Анализ мочи: единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток. Реакция Манту отрицательная. На R-графии органов грудной клетки изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Оцените поражение других органов и систем?
4. Назначьте лечение данного заболевания.

Задача 16

Ребенок 5 лет. Родился с массой 4500гр., рост 52 см. В массе прибавлял хорошо, но прибавка массы была не устойчивой при небольших погрешностях в диете или при заболеваниях - отмечалось быстрое ее снижение. Ребенок часто и тяжело болел простудными заболеваниями, бронхитами.

Объективные данные: 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 на 1,5 - 2,0 см.

Общий анализ крови: Эр. $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв- 128 г/л, Л. $10,0 \times 10^9/л$, Эоз-3, П-1, С-34, Лимф-48, М-14, СОЭ-12мм/час.

Выявлено некоторое снижение продукции 17-кето и 17-оксикортикостероидов, а также адреналина.

На R-графии грудной клетки отмечается увеличение вилочковой железы II степени. Тень сердца в форме “капли”, гипоплазия дуги аорты.

Вопросы:

1. О каком заболевании свидетельствует статус ребенка?
2. Дайте оценку лабораторным и инструментальным методам обследования.

Задача 17

Ребенку 6 лет. Поступил в стационар с жалобами на боли в животе приступообразного характера, частую рвоту, жидкий стул 3 раза в день. Приступы продолжаются до 1-2 суток, затем ребенок быстро выздоравливает.

На первом году рос и прибавлял в массе хорошо, в последующие годы отмечалось отставание в массе, рост соответствовал норме. В психомоторном развитии опережает сверстников, но обидчивый, капризный. Отец страдает полинозом и крапивницей, мать - мочекаменной болезнью. Объективные данные. Состояние ребенка средней тяжести за счет явлений обезвоживания. Сознание ясное, но капризный, негативный. На расстоянии слышен запах ацетона изо рта. Кожа бледная, сухая, питание тканей, их тургор и мышечный тонус снижен. Пальпируются единичные шейные и подмышечные лимфоузлы до I размера, безболезненные, подвижные. Сердечные тоны ритмичны, несколько приглушены. Пульс -90 уд. в I мин., АД $85/45$ мм. рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Стул неустойчивый, периодически в виде овечьего кала со слизью. Менингеальных явлений нет. Дермографизм красный, быстро появляется и долго держится.

Анализ крови: Эр. $4,62 \times 10^{12}/л$, Нв-128 г/л, Л- $7,4 \times 10^9/л$, Эоз-2%, П-4%, С-68%, Л-22%, Мон-4%, СОЭ-10 мм./час. Общ. ан. мочи -реакция кислая, уд. вес 1014, белка, сахара, уробилина нет, реакция кислая, реакция на ацетон + + +, единичные клетки плоского эпителия, кристаллы солей мочевой кислоты + + +.

Биохимические анализы: содержание мочевой кислоты 0,078 г/л, холестерин -6,0 ммоль/л, сахар крови натощак 4,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие анализы подтверждают диагноз?
3. Какая терапия приступов ухудшения состояния?

Задача 18

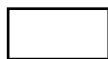
Ребенок 5 месяцев, поступил с жалобами на кожные высыпания на лице, зуд кожи, общее беспокойство. Из анамнеза: заболел впервые, сыпь появилась после введения прикорма - 5% манной каши. Находится на естественном вскармливании. Мать ребенка страдает респираторным аллергозом.

При осмотре: вес 7900 г, пастозный, кожа лица гиперемирована, в области щек отмечается инфильтрация, папулезно-везикулезная сыпь. На волосистой части головы - гнейс. Пальпируются шейные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В общем анализе крови: Нв - 130 г/л, Эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк.- $11 \times 10^9/л$, п-2%, сегм.-36%, Эо.-16%, л-40%, м-6%, СОЭ-15мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины возникновения заболевания.
3. Назначьте лечение.



Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (фронтальный опрос)

9 семестр

1. Показатели здоровья. Заболеваемость детей и основные причины ее определяющие. Образ жизни и влияние его на здоровье ребенка.
2. Периодизация детского возраста. Характеристика важнейших особенностей периодов детства.
3. Особенности сбора анамнеза в детском возрасте. Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка.
4. Характеристика периода новорожденности. Врожденные безусловные рефлексы. Адаптация к внешней среде. Показатели и структура заболеваемости новорожденных детей. Проблема невынашивания. Недоношенный ребенок.
5. Транзиторные состояния периода новорожденности. Гипербилирубинемии новорожденных. Классификация желтух.
6. Принципы выхаживания и кормления недоношенных новорожденных. Особенности течения транзиторных и дефицитных состояний.
7. Гемолитическая болезнь новорожденного. Современные методы консервативной терапии. Показания к заменному переливанию крови.
8. Внутриутробное инфицирование, определение понятия. Факторы риска, определяющие возможность развития инфекционного процесса.
9. Внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, герпес). Принципы диагностики и профилактики.
10. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Источники инфекции, пути передачи, восприимчивый коллектив.
11. Основные принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Этиотропная и патогенетическая терапия.
12. Сепсис новорожденных. Пути инфицирования. Причины и механизм развития. Классификация и клиническая картина.
13. Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств ребенка раннего возраста. Врожденные безусловные рефлексы.
14. Развитие психических и статических функций у детей первого года жизни. Влияние среды, режима и воспитания на нервно-психическое развитие.
15. Особенности объективного осмотра ребенка. Значение общего осмотра и физикального обследования в диагностическом поиске.
16. Преимущества естественного вскармливания и его значение для нормального развития ребенка.
17. Лактация. Факторы, влияющие на лактационную способность. Современные требования к режиму и питанию беременной и кормящей женщины.
18. Сроки первого прикладывания ребенка к груди. Состав и калорийность молозива и зрелого женского молока.

19. Техника проведения естественного вскармливания. Способы определения суточного количества молока, необходимого ребенку. Суточная потребность в основных ингредиентах питания и калориях при естественном вскармливании.
20. Затруднения и противопоказания к прикладыванию и кормлению ребенка грудью со стороны матери и ребенка, меры их предупреждения и устранения.
21. Качественные и количественные отличия зрелого женского молока от коровьего. Соотношение основных ингредиентов в грудном и коровьем молоке.
22. Недостаточность лактации (гипогалактия). Причины развития гипогалактии у кормящих женщин. Её виды и степень, методы диагностики, профилактики и лечения.
23. Прикорм. Методика и сроки введения при различных видах вскармливания.
24. Искусственное вскармливание. Определение понятия. Показания к переводу на смешанное и искусственное вскармливание. Основные правила искусственного вскармливания.
25. Смешанное вскармливание. Определение понятия, показания к переводу на смешанное вскармливание. Правила его проведения.
26. Классификация и характеристика смесей, используемых при смешанном и искусственном вскармливании.
27. Адаптированные молочные смеси: характеристика, классификация. Основные лечебные смеси. Молочно - кислые смеси, используемые при искусственном вскармливании, их достоинства и недостатки.
28. Физическое развитие ребенка. Факторы, влияющие на физическое развитие. Законы нарастания массы и длины тела. Пропорции тела ребенка. Понятие о биологическом возрасте.
29. Оценка физического развития ребенка. Семиотика нарушений роста и развития. Проблемы акселерации и децелерации.
30. Анатомо - физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей.
31. Методика исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей. Семиотика основных проявлений.
32. Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной систем. Сроки закрытия родничков, появления ядер окостенения, сроки и порядок прорезывания зубов.
33. Методика исследования костной и мышечной систем. Семиотика основных проявлений.
34. Анатомо - физиологические особенности системы кровообращения у детей. Кровообращение плода. Границы сердца у детей. Пульс и артериальное давление у детей в различные возрастные периоды.
35. Методика исследования и семиотика заболеваний сердечно - сосудистой системы у детей.
36. Формула периферической крови у детей в различные возрастные периоды. Методика исследования системы кроветворения.
37. Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы у детей.
38. Методика исследования и семиотика заболеваний мочевой системы у детей. Сбор мочи у детей раннего возраста.
39. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Характеристика секреторной и моторной функций желудка. Состав кишечной флоры новорожденного и грудного ребенка в зависимости от вида вскармливания.
40. Методика исследования органов пищеварения у детей. Семиотика основных проявлений. Диагностическое значение осмотра полости рта и зева ребенка.
41. Особенности иммунологических реакций в детском возрасте. Активный и пассивный иммунитет. Врожденный и приобретенный иммунитет.

42. Прививочный календарь.
43. Абсолютные и относительные противопоказания к вакцинации. 44 Подготовка и вакцинация детей из «групп риска».
45. Поствакцинальные реакции у детей и их предупреждение..
46. Организация работы детской поликлиники.
47. Функциональные обязанности участкового педиатра.
48. Основные разделы профилактической работы педиатра на участке.
49. Наблюдение за здоровыми новорожденными и детьми 1 года жизни на педиатрическом участке.
50. Диспансерное наблюдение здоровых детей старше года.
51. Подготовка документов к поступлению в дошкольное детское учреждение и школу.
52. Диспансеризация подростков.

10 семестр

1. Причины и предрасполагающие факторы развития рахита. Современные представления об обмене кальция и фосфора, метаболизме и значении витамина Д. Патогенез рахита.
2. Классификация рахита. Клинические проявления рахита в различные периоды заболевания.
3. Лечение рахита. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита.
- 6 Гипервитаминоз Д: причины развития, клиника, методы профилактики и терапии.
7. Железодефицитные анемии. Определение понятия, причины и механизмы развития.
8. Классификация железодефицитных анемий. Ведущие клинические синдромы.
9. Методы лечения и профилактики железодефицитных состояний.
10. Современные представления о этиологии и патогенезе хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта. Проблема хеликобактериоза.
11. Клинические проявления хронического гастрита, гастродуоденита в детском возрасте.
12. Клинические проявления язвенной болезни желудка и ДПК. Осложнения.
13. Современные методы диагностики хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.
14. Принципы лечения хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.
15. Причины и виды дискинезий желчевыводящих путей, их клинические проявления.
16. Принципы лечения и профилактики дискинезий желчевыводящих путей.
17. Тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез синдрома кровоточивости. Клинические проявления.
18. Лечение тромбоцитопенической пурпуры. Диспансерное наблюдение. Профилактика рецидивов.
19. Гемофилия «А» у детей. Роль наследственного фактора. Клиническая картина, осложнения. Диагностика.
20. Принципы лечения и диспансерного наблюдения детей с гемофилией. Неотложная терапия при носовых кровотечениях и травмах конечностей.
21. Геморрагический васкулит: этиопатогенез, классификация. Клинические проявления геморрагического васкулита.
22. Принципы лечения и профилактики геморрагического васкулита.

23. Факторы риска, этиология и патогенез острой ревматической лихорадки у детей.
24. Классификация и диагностические критерии ОРЛ у детей.
25. Лечебные мероприятия (режим, диета, медикаментозная терапия) ОРЛ у детей. Профилактика рецидивов.
26. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при ОРЛ.
27. Пневмонии у детей. Определение понятия. Этиологический спектр в возрастном аспекте. Понятие о вне- и внутрибольничных пневмониях. Патогенез.
28. Классификация и клиническая картина пневмоний в детском возрасте.
29. Этиотропная и синдромальная терапия пневмоний у детей.
30. Бронхиальная астма у детей. Морфологические изменения бронхиальной стенки. Современное представление об этиологии и патогенезе заболевания.
31. Классификация бронхиальной астмы в детском возрасте. Клиника приступного периода у детей раннего и старшего возраста.
31. Принципы лечения бронхиальной астмы у детей. Неотложная терапия в приступный период. Понятие о базисной терапии, основные лекарственные препараты.
32. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы с другими заболеваниями органов дыхания (пневмонии, инородные тела трахеи и бронхов, обструктивный бронхит вирусной этиологии).
33. Пиелонефриты у детей. Определение понятия, основные предрасполагающие факторы к развитию пиелонефрита. Этиология, патогенез.
34. Пиелонефриты у детей. Классификация, клиническая картина. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
35. Пиелонефриты у детей. Лечение в острый период, профилактика рецидивов.
36. Дифференциальный диагноз пиелонефрита и гломерулонефрита в детском возрасте.
37. Диспансерное наблюдение детей с пиелонефритами.
38. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология, патогенез.
39. Клинико-лабораторные признаки (экстраренальные, ренальные) гломерулонефрита
40. Лечение детей с острым постстрептококковым гломерулонефритом. Прогноз. Меры профилактики.
41. Организация и проведение проф. прививок. Календарь прививок.
42. Противопоказания к проведению проф. прививок.
43. Нормальное течение вакцинальных процессов.
44. Осложнения, связанные с проф. прививками, их лечение и профилактика.
45. Противоэпидемические мероприятия в условиях поликлиники и педиатрического участка.
46. Диспансерное наблюдение за детьми с гипотрофиями и рахитом на участке.
47. Диспансерное наблюдение детей с дефицитными анемиями и эссудативным диатезом.
48. Основная медицинская документация педиатрического отделения поликлиник
49. Организация лечебной работы на участке. Патронаж больных на дому.
50. Диспансеризация детей с хронической пневмонией и бронхиальной астмой.
51. Диспансерное наблюдение детей с хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ЮРА,
52. Диспансерное наблюдение детей с гломерулонефритами и пиелонефритами.
53. Неотложная терапия приступа бронхиальной астмы и анафилактического шока в условиях педиатрического участка.
54. Неотложная терапия гипертермического и судорожного синдрома на участке.

Темы рефератов и презентаций.**9 СЕМЕСТР**

1. Внешнесекреторная функция печени у детей различного возраста, ее значение для переваривания и резорбции пищи в кишечнике. Семиотика.
2. Роль и проблемы рационального питания в формировании здоровья детей.
3. Искусственное вскармливание. Классификация молочных смесей. Преимущества адаптированных и кисломолочных смесей.
4. Биологические свойства женского молока
5. Режим и питание беременной и кормящей женщины
6. Показания к введению прикорма, условия и техника его введения
7. Современные представления о введении блюд прикорма.
8. Вскармливание новорожденных.
9. Особенности вскармливания недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.
10. Роль и влияние внешних факторов на формирование порок развития желудочно-кишечного тракта. Основные проявления.

10 СЕМЕСТР.

1. Хронический гломерулонефрит (ХГН). Патогенез. Классификация. Морфологические критерии, характеризующие хронизацию процесса.
2. Особенности клинической картины ХГН в зависимости от формы. Диагностика. Лечение ХГН. Показания к назначению гормональной и цитостатической терапии. Осложнения. Исходы. Прогноз.
3. Болезни желчных путей. Этиопатогенез. Классификация. Особенности заболеваний желчных путей у подростков.
4. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
5. Диагностика врожденной дисфункции коры надпочечников. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
6. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
7. Гипокортицизм. Определение «Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность». Этиология. Патогенез. Клиника острой и хронической надпочечниковой недостаточности.
8. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности.
9. Гипофизарный нанизм. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
10. Высокорослость, гигантизм, определение, этиопатогенез. Возрастные особенности клинических проявлений и течения гигантизма. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Дифференциальный диагноз гигантизма
11. Болезни щитовидной железы. Гипотиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация (первичный, вторичный, третичный гипотиреоз; врожденный, приобретенный).

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ПЕДИАТРИИ 1.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество больного
2. Возраст
3. Домашний адрес
4. Дата поступления в клинику
5. Диагноз направившего учреждения 6. Окончательный клинический диагноз:
-основного заболевания (по классификации) -осложнений
основного заболевания -сопутствующих заболеваний.

1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

В данном разделе описываются все жалобы, предъявляемые больным на момент поступления в стационар и на момент курации. Особое значение уделить детализации жалоб.

2. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе истории болезни описываются жалобы больного ребенка и родителей, а также течение заболевания от его начала. Следует иметь в виду, что время нахождения больного в стационаре и динамика течения болезни до дня курации также относится к истории заболевания. Важно подробно остановиться на предрасполагающих и причинных факторах заболевания.

Необходимо отметить время появления и выраженность каждого симптома заболевания, изменение характера и интенсивности отдельных симптомов.

Лечение ребенка до поступления в стационар и его эффективность (указать основные лекарственные препараты, применявшиеся для лечения данного заболевания).

3. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

От какой беременности родился данный ребенок, чем закончились предыдущие беременности. Как протекала беременность в данном случае. Если мать болела во время беременности, то чем и как тяжело; какую она выполняла работу на производстве, за сколько времени до родов ушла в отпуск; закончилась ли беременность в срок или раньше срока; как протекали роды.

Особенного внимания заслуживает период новорожденности и грудной возраст. Для характеристики этих периодов важно: состояние ребенка при рождении, его первоначальный вес и длина тела, закричал сразу или нет, когда был приложен к груди, как сосал. Не было ли родовой травмы или асфиксии. Когда отпал пуповинный остаток, состояние пупочной ранки после выписки из родильного дома. Когда был выписан из родильного дома, и в каком состоянии.

Большое влияние на развитие ребенка оказывает характер вскармливания, а потому этот вопрос требует самого подробного анализа: как ребенок вскармливался, начиная с первых дней жизни: по часам или на свободном режиме; с ночным перерывом или без него; когда был введен прикорм или докорм; какой прикорм или докорм получал ребенок; когда отняли ребенка от груди; какова была диета после года. С какого возраста и в каком количестве вводились дополнительные факторы питания (соки, фруктовое пюре, желток, растительное и сливочное масло).

Необходимо подробно расспросить о физическом и нервно-психическом развитии ребенка.

Динамика веса и роста. Время прорезывания зубов. Развитие статических и динамических функций (когда начал держать головку, сидеть, ползать, стоять, ходить и т.д.). Развитие высшей нервной деятельности: первая улыбка, гуление, слова. Общее поведение ребенка: спокойный, уравновешенный, обидчивый, замкнутый, раздражительный, реакция на новое, отношение к другим детям, взрослым; как засыпает, как учится.

На возникновение и течение болезни оказывают влияние бытовые условия (квартира, комната: сухая, светлая, сырая, темная, населенность, проветривание). Необходимо всегда интересоваться, где спит ребенок (в отдельной кроватке, коляске), как часто его купают, как пользуется воздухом (прогулки).

Состояние здоровья родителей, братьев, сестер (наличие хронических инфекций и интоксикаций у родителей, туберкулез, сифилис, болезни обмена веществ, эндокринные расстройства, алкоголизм и др.).

Эпидемиологический анамнез. Следует выяснить, посещает ли ребенок ясли, детский сад, школу и не имел ли он контакт с каким-либо инфекционным заболеванием. Не состоял ли он на специальном диспансерном учете по поводу туберкулеза или других каких-либо заболеваний.

Сделанные прививки: прививка БЦЖ, прививки против полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори. Туберкулиновые пробы и реакция на них.

Необходимо выяснить, какие болезни перенес ребенок, и как они у него протекали.

Врач должен особое внимание обратить на перенесенные инфекционные заболевания.

Существенное значение имеет подробно собранный аллергологический анамнез. Следует подробно расспросить о появлении экссудативного диатеза, выяснить, чем он провоцировался и какой терапии (диете, медикаментозному лечению) лучше поддавался.

Не было ли аллергической реакции в виде крапивницы на медикаментозные средства (антибиотики, сульфаниламиды, витамины и др.) или пищевые продукты. Собрать аллергологический анамнез у родителей ребенка (аллергические заболевания, аллергические реакции на пищевые, лекарственные и другие факторы).

4. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

1. Общее состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, атональное. Положение больного: активное, вынужденное, пассивное. Поведение больного:

обычное, возбуждение - речевое, двигательное, психомоторное.

Сознание: ясное, сон, кома. Выражение лица: тоскливое, возбужденное, безразличное.

Масса, длина (рост) тела, окружность головы и груди. Оценка физического развития ребенка по эмпирическим формулам и с помощью центильных таблиц.

Кожа: цвет, эластичность, сухость, влажность, тургор, сыпь, пигментация и депигментация, кровоизлияния и т.д. Слизистые оболочки, зев, состояние миндалин и зубов.

2. Телосложение (тип), подкожно-жировая клетчатка:

развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения подкожно-жировой клетчатки, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности.

3. Лимфатические узлы, доступные пальпации; величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, указать группы пальпируемых лимфатических узлов.

4. Мышцы: степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях.

5. Костно-суставная система - форма головы, состояние швов, родничков, деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании на кости. Конфигурация суставов, движения активные и пассивные (в полном объеме, ограничены), болезненность при активных и пассивных движениях, отечность, флюктуация.

6. Органы дыхания. Форма грудной клетки, деформации, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол. Гаррисонова борозда, четки.

Дыхание: носовое, ротовое. Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих полови грудной клетки, одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Цианоз и его локализация. Кашель, его характер.

Перкуссия: сравнительная - изменение перкуторного звука, локализация, топографическая - границы легких, подвижность легочных краев.

Аускультация: характер дыхания (пуэрильное, везикулярное, бронхиальное т.д.), хрипы сухие (свистящие, жужжащие), влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация звучная, незвучная, крепитация на высоте вдоха после покашливания; шум трения плевры - нежный, его локализация; бронхофония.

7. Система кровообращения: осмотр сердечной области (выпячивание); пульсация - сердечный и верхушечный толчок.

Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье».

Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты, раздвоения, шумы, их характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолические, диастолические); локализация; наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость; шум трения перикарда, его характер и локализация.

Пальпация сосудов шеи, височных артерий и др. Пульс лучевой артерии: частота, ритмичность (аритмия), величина (высокий, малый, нитевидный), напряжение (твердый, мягкий, среднего напряжения). Артериальное давление.

8. Система пищеварения и органы брюшной полости.

Губы: цвет, влажность, трещины. Рот: запах, цвет слизистых, язвочки, энантема.

Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок, налет. Зубы (число, состояние).

Состояние миндалин и дужек; налеты.

Живот: форма, симметрия, вздутие, выпячивание, западение, расширение вен стенки живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика.

Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация (при наличии свободной жидкости в брюшной полости). Пальпация поверхностная, ориентировочная: степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита), болезненность, ее локализация, уплотнения.

Пальпация глубокая скользящая: желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, Симптомы: Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова. Болевые точки: Кера, Мейо-Робсона, Дежардена, Боаса, Оппенховского. Аускультация живота: перистальтика.

Стул и его характеристика.

Печень: границы печени, верхняя, нижняя. Пальпация - определение величины и положения, край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, бугристая), болезненность. Прощупывается местоположение желчного пузыря (болезненность).

Селезенка: видимое увеличение, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой), поверхность, болезненность.

9. Мочеполовые органы: мочеиспускание, частота, болезненность, недержание мочи. Осмотр наружных половых органов.

Вторичные половые признаки. Симптом Пастернацкого. Пальпация глубокая, бимануальная. Увеличение, смещение почки, подвижность, болезненность.

10. Нервная система: сознание, характеристика поведения. Сон.

Состояние черепно-мозговых нервов. Чувствительность: а) поверхностная (болевая, температурная, тактильная); б) глубокая (мышечно-суставное чувство).

Дермографизм. Сухожильные рефлексы. Патологические рефлексы. Менингеальные симптомы.

5. Предварительный диагноз: данные анамнеза (указать какие), данные объективного осмотра (указать какие) дают основание предположить у ребенка следующий диагноз (указать основной, сопутствующий, осложнения).

6. План дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

7. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Данные рентгенографии, УЗИ и других инструментальных методов исследования.

Клинические анализы крови и мочи, кала. Биохимические анализы крови. Бактериологические анализы. Туберкулиновые и другие пробы. Дать оценку всем проведенным анализам. Заключение консультантов.

8. ДИАГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (по классификации) И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

После того, как закончено обследование больного, необходимо сгруппировать все полученные данные (анамнеза и объективного обследования) и дать обоснование диагноза.

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исходить из синдромов, имеющих у больного и сравнивать их с характером синдромов при сходных заболеваниях.

Иногда имеющихся данных недостаточно для того, чтобы различить некоторые болезни, т.к. для этого требуется дополнительное динамическое наблюдение и исследование. В таких случаях в резюмирующей части дифференциального диагноза необходимо указать, какие исследования надо провести.

10. ДНЕВНИК.

Состояние ребенка в динамике (улучшается, стало хуже, без изменений), настроение, как провел ночь, какой аппетит. Результат осмотра зева, слизистых, кожи (записывается ежедневно). Состояние внутренних органов. Более подробно остановиться на системе, с которой связано данное заболевание, а также на изменениях, появившихся в других органах и системах. Стул (осматривается и записывается ежедневно).

11. ЛЕЧЕНИЕ

Обоснование терапии данного пациента:

- а) режим
- б) диетотерапия
- в) медикаментозная терапия (этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия)

10. ЭПИКРИЗ.

Эпикриз является завершающим разделом истории болезни. В нем приводятся основные данные истории заболевания, особенности его течения, динамика изменений за время наблюдения за больным в процессе лечения. Проведенное лечение, его эффективность. Заканчивая эпикриз, необходимо высказать свои соображения о состоянии больного к моменту выписки, наметить план дальнейших рекомендаций в отношении режима и лечения. Прогноз.

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.

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(рубежный, текущий, промежуточный контроли)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации имеющихся в задаче анализов и методов обследования	0-20
2	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-10
3	Правильность проведения дифференциальной диагностики с двумя заболеваниями	0-20
4	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям и его обоснование	0-25
5	Правильность назначения и обоснование лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

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

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА
(рубежный контроль, промежуточный контроль)**

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ 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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 – 74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заклученные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
1	Работа написана не по теме	менее 40

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАЩИТЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(рубежный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Доклад куратора о больном: общие сведения, жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, объективные данные при поступлении, динамика клинических данных (на день курации и разбора), особенности клинических данных	0-20%
2.	Предварительный диагноз.	0-5%
3.	План дополнительного обследования больного.	0-10%
4.	Обоснование диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) и расшифровка по принятым классификациям.	0-10%
5.	Дифференциальный диагноз основного заболевания.	0-10%
6.	Возможные осложнения.	0-5%
7.	Индивидуальные особенности этиологии, патогенеза (с объяснением отдельных синдромов), клинического течения заболевания у данного больного.	0-10%
8.	Основные звенья патогенетической терапии.	0-10%
9.	Особенности лечения данного больного (основного и сопутствующего заболевания, осложнений): а) этапное лечение (режим, диета, медикаментозные средства) б) посиндромная терапия в) объяснение механизма действия лекарственных средств г) расчетные дозы, курсы, интервалы, схемы	0-20%
Всего баллов		сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой (85-100) оценивается правильное выполнение методики соматического осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при оценке состояния здорового и больного ребенка, соблюдает этические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой (70-84) оценивается правильное выполнение методики оценки показателей физического и нервно-психического развития у здорового ребенка, студент дает не полную трактовку полученным данным, демонстрирует методику исследования больного ребенка, дает не четкие рекомендации по ведению согласно полученной классификации состояния больного ребенка, диспансерному наблюдению в случае оценки состояния ребенка с рецидивирующей или хронической патологией, соблюдает этические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой (60-69) оценивается выполнение методики соматического осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать рекомендации пациенту с острой, рецидивирующей или хронической патологией на амбулаторном этапе лечения, родителям по уходу за здоровым ребенком различного возраста, по организации питания не полные, соблюдает этические принципы.

Отметка (0-59) выставляется при не проведении методики соматического осмотра пациента, студент не демонстрирует навыки исследования физического, нервнопсихического развития детей, не может продемонстрировать методику исследования органов и систем, затрудняется давать рекомендации пациенту с острой, рецидивирующей или хронической патологией на амбулаторном этапе лечения, родителям по уходу за здоровым ребенком различного возраста, по организации питания не полные, соблюдает этико-деонтологические принципы, отсутствует индивидуальный подход к пациенту.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ - (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»

- не знание материала темы или раздела; при ответе возникают серьезные ошибки.

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

Специфика в изучении раздела заключается в использовании основных учебно-методических приемов: работа студентов на лекциях, практических занятиях, при изучении отдельных тем использование наглядных пособий (плакаты, муляжи, мультимедийные слайды), с последующей демонстрацией тематических больных.

На первом занятии преподаватель доводит до сведения студентов те условия и требования, которые должны соблюдаться в течение всей работы над дисциплиной.

Изучение дисциплины «Педиатрия» предусматривает освоение тем, которые осуществляются в учебном процессе в виде активных, интерактивных форм, самостоятельной работы, с целью формирования и развития у студентов профессиональных навыков. Практические занятия проводятся по каждой теме, каждого раздела рабочей учебной программы. Они могут быть построены как на материале одной лекции, так и на содержании обзорной лекции, а также по определенной теме без чтения предварительной лекции. Главной и определяющей целью каждого практического занятия является усвоение студентом необходимых теоретических знаний по теме занятия и практических умений работы с больным ребенком.

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 (9 семестр - зачет, 10 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

1. 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 решить комплексное задание по педиатрии содержащее вопросы-(знать) и правильно оценить ситуацию (уметь, владеть).

2. Оценка промежуточного контроля:

- 3.- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия);
- 4.- 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);
- 5.- 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) переключка;

б) задание на дом следующей темы;

в) мотивация темы данного практического занятия;

г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

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

а) фронтальный опрос;

б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

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

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

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

а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами (курация больного);

б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ 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 учебных материалов. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

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

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков

их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

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

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

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением 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.

- 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 придется размещать

и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку – пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали.

Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

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 согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы: "Педиатрия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др.

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 пользование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

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

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Задача 1.

Мальчик К, 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы.

Анамнез заболевания: болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами отмечался лающий кашель, осиплость голоса. Лечился амбулаторно по поводу обструктивного бронхита: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, первых срочных родов, беременность протекала с угрозой выкидыша в первом триместре. Роды путем кесарева сечения. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. Наблюдается у аллерголога по поводу атопического дерматита. С 8-ми лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом, аллергическим конъюнктивитом. Объективный осмотр:

Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного

треугольника. Дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание на выдохе выслушиваются не многочисленные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?
3. Какие данные анамнеза указывают на вероятность развития заболевания.
4. План лечения.
5. Программа ведения ребенка

Эталон ответа к задаче 1:

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН1. Аллергический ринит, персистирующий.
2. Спирограмма с сальбутамолом, пикфлоуметрия, рентгенография органов грудной клетки, гемограмма, общий и специфический Ig E.
3. Отягощенный семейный и личный аллергоанамнез.
4. Неотложная терапия: оксигенотерапия, СГКС, повторные ингаляции β_2 -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 жизни и заболевания ребенка.
2. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.
3. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (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, уралекоцитогранию); Оценить гликемический профиль;
 - Оценить глюкозурический профиль;
 - Оценить стандартный глюкозо-толерантный тест;
 - Оценить анализ копрологического исследования;
 - Оценить рентгенограмму при исследовании желудка с барием;
 - Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка.
 - Оценить результаты фиброгастроскопии;
 - Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;
5. Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;
6. Оценить физическое развитие детей разного возраста;
7. Оценить психомоторное развитие детей в возрасте до пяти лет;
8. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики:
 - заболеваний периода новорожденности;
 - заболеваний у детей раннего возраста;
 - врожденных пороков развития;
 - задержки физического и психомоторного развития детей;
 - острых и хронических заболеваний органов дыхания у детей;
 - острых и хронических заболеваний 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