

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

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.03 – РФ, 560004 – КР Стоматология
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-стоматолог

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
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач.	<u>Знать:</u> - основные морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека; - специфику основных морфофункциональных, физиологических состояний, патологических процессов организма человека в сравнении; - основные пути дифференциации и постановки заключения по результатам оценки морфофункциональных, физиологических процессов и патологических состояний пациента.	Блок А, D - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - устный опрос
	<u>Уметь:</u> - раскрыть смысл основных морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека; - провести сравнение различных морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов организма человека - отметить практическую ценность конкретных морфофункциональных, физиологических процессов и патологических состояний организма человека.	Блок В, С - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат

	<u>Владеть:</u> - навыками определения основных морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека; - приемами поиска и сравнения различных морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов организма человека; - навыками оценки, дифференцировки основных морфофункциональных, физиологических и патологических состояний организма человека и собственного обоснования.	Блок В, С - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач; - реферат - практические навыки.
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.	<u>Знать:</u> -правила проведения обследования по органам и системам у детей, правила сбора материала для лабораторного исследования, основные симптомы поражения органов и систем, специфика поражений у детей и особенность их проявления у детей.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - устный опрос
	<u>Уметь:</u> -раскрыть смысл полученных результатов исследования у детей, провести сравнение видов поражения органов и их систем и отметить практическую ценность конкретных патологических синдромов у детей различного возраста	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат

	<u>Владеть:</u> -навыками сбора жалоб, анамнеза у родителей больного ребенка, проведения осмотра, приемами поиска и выявления основных симптомов поражения органов и их систем у детей и навыками выражения и собственного обоснования различных симптомов в единый патологический синдром.	Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач; - реферат - практические навыки.
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-2: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	<u>Знать:</u> -специфику проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм, в соответствии с МКБ. Основные симптомы и синдромы поражения органов и систем и их дифференциальную диагностику.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - устный опрос
	<u>Уметь:</u> -анализировать различные виды патологических состояний, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с (МКБ). Выделять практическую ценность конкретных патологических синдромов и симптомов заболеваний при их сравнении.	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> -навыками и приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ). И их сравнительный анализ.	Блок С, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач; - реферат - практические навыки.

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Технологическая карта дисциплины Специальность «Стоматология» Дисциплина «Педиатрия» Курс 4, семестр 7, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет.					
Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
9 семестр					
Раздел 6					
Пропедевтика детских болезней.	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос. Посещаемость: за каждое пропущенное неотработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.	6	12	7
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи. Практические навыки.	6	12	
Раздел 7					
Патология детей раннего возраста.	Текущий контроль	Практические навыки, фронтальный опрос. Посещаемость: за каждое пропущенное неотработанное лекционное и практическое практическое занятие снимается 1 балл.	5	7	12
	Рубежный контроль	Реферат; ситуационная задача.	5	7	
Раздел 8					
Патология детей старшего возраста.	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос. Посещаемость: за каждое пропущенное неотработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.	9	16	18
	Рубежный контроль	Практические навыки. Ситуационные задачи.	9	16	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)		Ситуационная задача. Теоретический вопрос.	20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

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

Блок А

Тестовые задания

1. Для определения нормальных величин окружности головы ребенка на 1-ом году жизни необходимо использовать следующие данные:

1. окружность головы при рождении
2. окружность головы в 6 месяцев
3. 1,5 см на недостающий месяц младше 6 месяцев
4. + 0,5 см на последующий месяц старше 6 месяцев
5. + 0,6 см/мес. к окружности головы при рождении

2. Для определения массы тела ребенка в 6 лет можно использовать следующие формулы:

6. $10 + 2n$
7. $10 + 3n$
8. 19 кг, на недостающий год - 1,5, на послед. + 2
9. 19 кг, на недостающий год - 2, на последующий + 3
10. 17 кг, на недостающий год - 2, на последующий + 1,5

3. Для определения должествующей массы тела ребенка на 1-ом году жизни можно воспользоваться следующими формулами:

1. $800 - 50n$
2. $M + 600 (500) \times n$
3. $600 + 50n$
4. $M + (800 \times n) + 400 \times (n - 6)$
5. $M + (600 \times n) + 500 (n - 6)$

4. Ползание ребенка устанавливается к (мес.):

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

5. Кожа состоит из:

- 1) железистой ткани
- 2) эпидермиса
- 3) дермы
- 4) жировой ткани 5) хрящевой ткани

6. Содержание воды в роговом слое эпидермиса у новорожденных по сравнению со взрослыми: 1) больше

- 2) меньше
- 3) одинаковое
- 4) отсутствует 5) очень маленькое

7. Пути образования костной ткани в процессе онтогенеза:

- 1) дермальный
- 2) периостальный
- 3) эпифизарный
- 4) хондральный

5) трабекулярный

8. Постоянство концентрации кальция в крови обеспечивается его:

- 1) кишечным всасыванием
- 2) желудочным всасыванием
- 3) всасыванием в полости рта
- 4) почечной экскрецией и реабсорбцией
- 5) экскрецией желчи

9. Кашель при поражении гортани:

- 1) влажный
- 2) болезненный
- 3) сухой
- 4) грубый
- 5) лающий

10. Гнусавый оттенок голоса бывает при:

- 1) гипотиреозе
- 2) парагриппе
- 3) фарингите 4) аденоидах
- 5) гайморите

11. К внутриутробно-функционирующим протокам и шунтам сердечно-сосудистой системы плода относят:

- 1) артериальный проток
- 2) сифов водопровод
- 3) овальное окно
- 4) боталлов проток
- 5) межжелудочковое отверстие

12. Верхушка сердца у новорожденного представлена:

- 1) правым желудочком
- 2) левым предсердием
- 3) левым желудочком
- 4) конусом легочной артерии
- 5) дугой аорты

13. Качественными особенностями костномозгового кроветворения у детей является:

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

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

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

15. Обильное слюноотделение наблюдается у детей с (мес.):

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

5) 10-12

16. Особенности полости рта у новорожденного, обеспечивающие акт сосания:

- 1) относительно малый объем полости рта и большой язык
- 2) хорошее развитие мышц языка, губ
- 3) недостаточное слюноотделение
- 4) поперечные складки на губах, комочки Биша в толще щек 5) валикообразные дубликатуры слизистой на деснах

17. Особенности почек у новорожденных детей:

- 1) дольчатый характер строения
- 2) слабо выраженные соединительнотканые прослойки
- 3) хорошо развитый корковый слой
- 4) плохо развитый корковый слой 5) хорошо выражена жировая капсула

18. Структурно-функциональной единицей почки является:

- 1) капсула
Шумлянского-Боумена
- 2) нефрон 3)
петля Генле
- 4) извитой каналец 5)
собирательная трубка

19. Молозиво выделяется в (сроки):

- 1) в конце беременности
- 2) 1-й месяц беременности
- 3) первые 4-5 дней после родов
- 4) первые 2 недели после родов 5) первый месяц после родов

20. Преимущества естественного вскармливания для ребенка:

- 1) физическое развитие соответствует возрасту
- 2) психомоторное развитие в срок
- 3) обеспечивает достаточную иммунную защиту
- 4) повышает функциональную нагрузку на ЖКТ
- 5) осуществляется "импринтинг" и тесная взаимосвязь с матерью

21. Смешанное вскармливание-это вскармливание:

- 1) молоком животных
- 2) только молочными смесями
- 3) женским молоком
- 4) грудным молоком и докормом - смесями
- 5) кисломолочными смесями

22. Прикорм при естественном вскармливании вводится с (мес):

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

23. Правила дачи прикорма:

- 1) дается перед кормлением грудью
- 2) дается после кормления грудью
- 3) вводится в малых количествах и постепенно увеличивается до нужного объема

4) должен быть гомогенным, не вызывать затруднений при глотании 5) можно сразу вводить в виде прикорма овощное пюре, каши, фруктовые пюре

24. Адаптированными называются смеси, состав которых:

- 1) приближен к женскому молоку
- 2) обогащены витаминами, микроэлементами
- 3) приближены к коровьему молоку
- 4) белок подвергнут спец. обработке 5) белок не подвергнут спец. обработке

25.. В первое полугодие жизни ребенок прибавляет ежемесячно в среднем по (в граммах):

- 1) 400
- 2) 500
- 3) 600
- 4) 700
- 5) 800

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

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

27. Особенности спинного мозга при рождении:

- 1) масса -20 г
- 2) нижний сегмент расположен на уровне 3 поясничного позвонка
- 3) нижний сегмент расположен между 1 и 2 поясничным позвонком
- 4) по строению и функционально более совершенен, чем головной мозг 5) миелинизация рогов спинного мозга происходит уже внутриутробно

28. Выберите показатели нормального развития ребенка в возрасте 1 месяц

- 1) слежение взглядом за движущимся предметом
- 2) зрительное сосредоточение
- 3) слуховое сосредоточение
- 4) появление улыбки в ответ на общение 5) приподнимание головки, лежа на животе

29. Образование меланина в эпидермисе у новорожденных:

- 1) недостаточное
- 2) избыточное
- 3) обычное
- 4) отсутствует
- 5) не образуется

30. В клетках зернистого слоя эпидермиса у новорожденных отсутствует:

- 1) меланин
- 2) кератогиалин
- 3) гиалин
- 4) муцин
- 5) гиалуронидаза

31. Пути образования костной ткани в процессе онтогенеза:

- 1) дермальный
- 2) периостальный
- 3) эпифизарный

- 4) хондральный
- 5) трабекулярный

32. Постоянство концентрации кальция в крови обеспечивается его:

- 1) кишечным всасыванием
- 2) желудочным всасыванием
- 3) всасыванием в полости рта
- 4) почечной экскрецией и реабсорбцией
- 5) экскрецией желчи

33. Одышкой у детей после 1 года жизни считать частоту дыхания более (в мин):

- 1) 30
- 2) 40
- 3) 50
- 4) 60
- 5) 70

34. Изменение голоса характерно для:

- 1) бронхита
- 2) ларингита
- 3) ларинготрахеита
- 4) коклюша
- 5) крупа

35. К внутриутробно-функционирующим протокам и шунтам сердечно-сосудистой системы плода относят:

- 1) аранциев проток
- 2) сильвиев водопровод
- 3) овальное окно
- 4) боталлов проток
- 5) межжелудочковое отверстие

36. Гистологические особенности миокарда новорожденных:

- 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

37. Основной формой гемоглобина внутриутробно является:

- 1) гемоглобин - А
- 2) фетальный гемоглобин - F
- 3) примитивный гемоглобин - Р
- 4) гемоглобин - S 5) гемоглобин – Т

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

- 1) 20-19
- 2) 15-16
- 3) 10-11
- 4) 5-6
- 5) 2-3

39. Легкое травмирование слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни связано

- 1) неправильным уходом за слизистой

- 2) кислой реакцией полости рта
- 3) сухостью вследствие гипосаливации
- 4) высокой активностью ферментов слюнных желез
- 5) тонкостью слизистой оболочки

40. Комочки Биша у детей состоят из:

- 1) холестерина
- 2) полиеновых жирных кислот
- 3) пальмитиновой кислоты
- 4) стеариновой кислоты 5) олеиновой кислоты

41. Канальцы у новорожденного: 1)
короче

- 2) длиннее
- 3) широкие
- 4) узкие
- 5) извитые

42. Мочеточники у детей по сравнению со взрослыми:

- 1) относительно меньше в диаметре
- 2) относительно больше в диаметре
- 3) относительно короче
- 4) длиннее, с многочисленными изгибами
- 5) более прямые

43. Первое прикладывание ребенка к груди после родов:

- 1) через 2 часа после рождения
- 2) сразу после родов
- 3) через 12 часов
- 4) через 6 часов после рождения 5) на следующий день

44. Преимущества раннего прикладывания ребенка к груди:

- 1) осуществление "импринга"
- 2) активное сосание ребенка
- 3) стимуляция лактации
- 4) увеличение выработки окситоцина 5) уменьшение выработки окситоцина

45. Искусственное вскармливание-это вскармливание:

- 1) женским молоком
- 2) молочными смесями
- 3) молоком животных
- 4) женским молоком и молоком животных в равных объемах
- 5) только кисломолочными смесями

46. Белок в женском молоке:

- 1) удовлетворяет потребности ребенка
- 2) всасывается в неизменном виде
- 3) дает большую нагрузку на почки
- 4) легко переваривается
- 5) створаживается в желудке крупными хлопьями

47. Правила дачи прикорма:

- 1) дается перед кормлением грудью
- 2) дается после кормления грудью
- 3) вводится в малых количествах и постепенно увеличивается до нужного объема

4) должен быть гомогенным, не вызывать затруднений при глотании 5) можно сразу вводить в виде прикорма овощное пюре, каши, фруктовые пюре

48. Преимущества кисломолочных смесей:

- 1) повышают секреторную деятельность ЖКТ
- 2) витамины гр. В снижены
- 3) трудно перевариваются
- 4) повышают содержание витаминов гр "В" 5) белок в створоженном состоянии

49. Средний рост ребенка в 1 год составляет

(в см) : 1) 60

2) 65

3) 70

4) 75

5) 80

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

1) меньше на 1-2 см

2) одинаковы

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

5) больше на 4-5 см

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

1) 4-5

2) 6-7

3) 8-9

4) 12-13

5) 14-15

52. У новорожденного недостаточно развиты следующие структуры головного мозга:

1) крупные борозды и извилины

2) мелкие борозды

3) аксоны и дендриты

4) нервные центры, стриарное, тело, пирамидные пути 5) миелинизация клеток и проводящих путей

53. Потовые железы в первую очередь формируются на:

1) лбу

2) спине

3) шее

4) голове

5) ладонях и подошвах

54. Сальные железы у новорожденных отсутствуют на:

1) ладонях

2) туловище

3) подошве

4) волосистой части головы

5) лбу

55. Особенности черепа у доношенных новорожденных:

1) преобладание мозговой части

2) закрыт малый родничок

3) открыты швы

4) большой родничок открыт 5) открыты боковые роднички

56. Утолщения на ребрах в месте перехода костной части в хрящевую - это:

- 1) рахитические "чётки"
- 2) рахитические "браслеты"
- 3) "нити жемчуга"
- 4) рахитическая остеомалиция 5) Гаррисонова борозда

57. При воспалительных заболеваниях зева и миндалин у детей отмечаются:

- 1) гиперемия
- 2) гипертрофия миндалин
- 3) отек
- 4) гнойный налет
- 5) атрофия сосочков языка

58. Крепитация образуется за счет:

- 1) слипания альвеол
- 2) разлипания альвеол
- 3) прохождения струи воздуха через жидкость в бронхах
- 4) синдрома обструкции
- 5) парезе дыхательных мышц

59. Пупочная вена после рождения превращается в:

- 1) пупочную артерию
- 2) воротную вену
- 3) аранциев проток
- 4) круглую связку печени
- 5) артериальный проток

60. У новорожденного частота пульса в 1 минуту: 1) 100

- 2) 80
- 3) 180
- 4) 200
- 5) 140

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

- 1) 140
- 2) 150
- 3) 160
- 4) 170
- 5) 240

62. Физиологическая анемия вызвана:

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

63. Легкое травмирование слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни связано

- 1) неправильным уходом за слизистой
- 2) кислой реакцией полости рта
- 3) сухостью вследствие гипосаливации
- 4) высокой активностью ферментов слюнных желез

5) тонкостью слизистой оболочки

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

- 1) происходит быстрее, чем у взрослых
- 2) происходит медленнее, чем у взрослых
- 3) при искусственном вскармливании пища проходит быстрее
- 4) при естественном вскармливании пища проходит быстрее
- 5) вид вскармливания не имеет значения

65. Влияют на диурез:

- 1) температура воздуха
- 2) питьевой режим
- 3) лихорадочные заболевания
- 4) режим дня
- 5) диарея

66. Проба Зимницкого отражает функцию почек:

- 1) выделительную
- 2) концентрирования
- 3) эритропоэтическую
- 4) регуляцию АД
- 5) регуляции кислотно-основного состояния

67. Докорм вводится:

- 1) перед кормлением грудью
- 2) после кормления грудью
- 3) во время кормления грудью
- 4) между кормлениями 5) только на ночь

68. Преимущества кисломолочных смесей:

- 1) повышают секреторную деятельность ЖКТ
- 2) витамины гр. В снижены
- 3) трудно перевариваются
- 4) повышают содержание витаминов гр "В" 5) белок в створоженном состоянии

69. Показания для перевода ребенка на смешанное вскармливание:

- 1) гипогалактия
- 2) социально-бытовые факторы
- 3) нежелание матери кормить ребенка грудным молоком
- 4) паратрофия
- 5) низкая санитарная культура матери

70. Прикорм при естественном вскармливании вводится с (мес):

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

71. Для становления лактации и профилактики гипогалактии необходимо:

- 1) кормить ребенка по часам
- 2) кормить ребенка по его "требованию"
- 3) после кормления сцеживать грудь
- 4) осуществлять ночной перерыв
- 5) кормить ночью

72. Редкость желудочно-кишечных расстройств при естественном вскармливании у детей обусловлена:

- 1) сродством грудного молока к организму ребенка
- 2) низким содержанием Б,Ж,У в грудном молоке
- 3) бактерицидностью грудного молока
- 4) легкой усвояемостью грудного молока 5) подавлением роста бифидум - бактерий

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

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

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

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

75. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 6 месяцев:

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

76. Гидроцефалию у ребенка можно диагностировать:

- 1) по окружности головы, превышающей норму на 2 см 2) по раскрытым швам и родничкам у ребенка в 2-3 мес.
- 3) по окружности головы, превышающей норму на 3-4 см,
- 4) по раскрытым швам у ребенка 6-8 мес., симптому Греффе
- 5) по наличию симптома Греффе, при нормальном росте головы и нормальном психомоторном развитии

77. Сыровидная смазка содержит:

- 1) жиры
- 2) холестерин
- 3) гликоген
- 4) меланин
- 5) белок

78. Основная функция бурой жировой ткани:

- 1) гликонеогенез
- 2) сократительный термогенез
- 3) несократительный термогенез
- 4) депо жира 5) депо гликогена

79. Патологические формы черепа:

- 1) башенный
- 2) седловидный
- 3) ягодицеобразный
- 4) квадратный
- 5) округлый

80. Для полноценного формирования белкового матрикса (первая стадия остеогенеза) ребенок должен быть прежде всего обеспечен:

- 1) белками
- 2) энергией
- 3) витаминами
- 4) кальцием
- 5) микроэлементами

81. В механизме образования сухих хрипов играет роль:

- 1) струя воздуха и стенка бронха
- 2) наличие жидкости в просвете бронха
- 3) наличие сурфактанта
- 4) сужение бронха
- 5) жидкость в плевральной полости

82. В механизме образования влажных хрипов играет роль:

- 1) наличие жидкости в просвете бронха
- 2) прохождение воздуха через жидкость
- 3) наличие сурфактанта
- 4) скопление жидкости в плевре
- 5) бронхоспазм

83. Причины возникновения одышки при заболеваниях ССС:

- 1) застойные явления в малом круге кровообращения
- 2) застойные явления в большом круге кровообращения
- 3) ухудшение газообмена
- 4) ускорение тока крови в большом круге кровообращения
- 5) накопление в крови углекислоты и недоокисленных продуктов обмена

84. Методом пальпации ССС определяют:

- 1) ширину сосудистого пучка
- 2) "пляску каротид"
- 3) верхушечный толчок
- 4) сердечный горб 5) сердечный толчок

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

- 1) 20-19
- 2) 15-16
- 3) 10-11
- 4) 5-6
- 5) 2-3

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

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

87. Основные жалобы, характерные для поражения органов пищеварения:

- 1) боли в животе
- 2) кашель

- 3) рвота
- 4) одышка
- 5) нарушение стула

88. Гнилостный запах изо рта отмечается при:

- 1) рахите
- 2) гангрене
- легких 3)
- бронхоэктаза
- х 4) дифтерии
- зева 5)
- анемии

89. Изменения прозрачности мочи может быть обусловлено:

- 1) избыточным содержанием солей
- 2) избыточным содержанием клеточных элементов
- 3) гематурией
- 4) глюкозурией
- 5) протеинурией

90. Морфологически мочеиспускательный канал характеризуется:

- 1) слабым развитием эластической ткани
- 2) хорошим развитием эластической ткани
- 3) слабым развитием соединительной ткани
- 4) хорошо развитой слизистой оболочкой 5) плохо развитой слизистой оболочкой

91. Женское молоко становится зрелым:

- 1) в конце беременности
- 2) в первые 4-5 дней после родов
- 3) после 2-х недель после родов
- 4) с 2 месяцев после родов 5) сразу после родов

92. Первое прикладывание ребенка к груди после родов:

- 1) через 2 часа после рождения
- 2) сразу после родов
- 3) через 12 часов
- 4) через 6 часов после рождения 5) на следующий день

93. Причины гипогалактии:

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

94. Смешанное вскармливание-это вскармливание:

- 1) молоком животных
- 2) только молочными смесями
- 3) женским молоком
- 4) грудным молоком и докормом - смесями
- 5) кисломолочными смесями

95. Содержание белка в коровьем молоке по сравнению с женским:

- 1) больше в 2
- раза 2) меньше

в 2 раза 3)
одинаково
4) больше в 5 раз 5)
меньше в 5 раз

96. В качестве докорма используются:

- 1) фруктовые
соки 2) творог
- 3) молочные смеси
- 4) мясной бульон 5)
молочные каши

97. Пик физиологической убыли массы у новорожденных наблюдается на ... день:

- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-7
- 4) 10-12
- 5) 12-15

98. Средний рост ребенка в 1 год составляет
(в см) : 1) 60

- 2) 65
- 3) 70
- 4) 75
- 5) 80

99. Особенностью вегетативной нервной системы у новорожденного являются:

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

100. К безусловным рефлексам орального автоматизма периода новорожденности относятся: 1) сосательный

- 2) хоботковый
- 3) защитный
- 4) хватательный
- 5) поисковый

101. Физиологический катар кожи новорожденных это ее:

- 1) гиперемия
- 2) бледность
- 3) желтушность 4) мраморность
- 5) синюшность

102. Цианоз дистальных участков тела называется:

- 1) периорбитальный
- 2) периоральный
- 3) акроцианоз
- 4) дистанционный
- 5) оксидианоз

103. Остеомаляция-это процесс...(костей):

- 1) уплотнения

- 2) образования
- 3) разрушения
- 4) обызвествления
- 5) размягчения

104. Особенности мышечной системы у детей:

- 1) тонкие миофибриллы
- 2) рост за счет числа миофибрилл
- 3) рост за счет утолщения миофибрилл
- 4) много миофибриллярных белков 5) бедность сократительными белками

105. Выбухание грудной клетки на стороне поражения отмечается при:

- 1) хронической пневмонии
- 2) бронхиальной астме
- 3) ателектазе легких
- 4) экссудативном плеврите
- 5) бронхите

106. Местом локализации крепитации являются:

- 1) бронхи
- 2) плевра
- 3) крупные
бронхи
- 4) трахея
- 5) альвеолы

107. Правая граница сердца у детей образована отделом сердца:

- 1) правым желудочком
- 2) правым предсердием
- 3) левым желудочком
- 4) ушком левого предсердия 5) конусом легочной артерии

108. У детей с возрастом происходит ротация сердца:

- 1) кнаружи
- 2) кнутри
- 3) вверх 4) вниз
- 5) влево

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

- 1) 140
- 2) 150
- 3) 160
- 4) 170
- 5) 240

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

- 1) 3-6
- 2) 7-9
- 3) 10-12
- 4) 13-15
- 5) 16-18

111. Комочки Биша у детей состоят из:

- 1) холестерина

- 2) полиеновых жирных кислот
- 3) пальмитиновой кислоты
- 4) стеариновой кислоты 5) олеиновой кислоты

112. Язык при дефицитных анемиях у детей:

- 1) географический
- 2) полированный
- 3) малиновый
- 4) сухой
- 5) обложен

113. Почечные лоханки у детей:

- 1) хорошо развиты
- 2) плохо развиты
- 3) расположены преимущественно внутрпочечно
- 4) расположены преимущественно внепочечно 5) имеют развитую мышечную и эластическую ткань

114. Скрытые отеки выявляют:

- 1) пробой "Мак-Клюра"
- 2) пробой Зимницкого
- 3) пробой с сухоедением 4) взвешиванием 5) измерением диуреза

115. Преимущества естественного вскармливания для ребенка:

- 1) физическое развитие соответствует возрасту
- 2) психомоторное развитие в срок
- 3) обеспечивает достаточную иммунную защиту
- 4) повышает функциональную нагрузку на ЖКТ
- 5) осуществляется "импринтинг" и тесная взаимосвязь с матерью

116. Для становления лактации и профилактики гипогалактии необходимо:

- 1) кормить ребенка по часам
- 2) кормить ребенка по его "требованию"
- 3) после кормления сцеживать грудь
- 4) осуществлять ночной перерыв
- 5) кормить ночью

117. Искусственное вскармливание-это вскармливание:

- 1) женским молоком
- 2) молочными смесями
- 3) молоком животных
- 4) женским молоком и молоком животных в равных объемах
- 5) только кисломолочными смесями

118. Преимущества грудного молока:

- 1) сродство к тканям организма ребенка
- 2) удовлетворяет потребности ребенка в Б,Ж,У
- 3) стерильность
- 4) высокое содержание белка
- 5) содержит насыщенные жирные кислоты

119. Клинические симптомы голодания грудного ребенка:

- 1) уплощение весовой кривой 2) беспокойство
- 3) редкие мочеиспускания
- 4) редкий стул

5) подъем температуры тела

120. Адаптированными называются смеси, состав которых:

- 1) приближен к женскому молоку
- 2) обогащены витаминами, микроэлементами
- 3) приближены к коровьему молоку
- 4) белок подвергнут спец. обработке 5) белок не подвергнут спец. обработке

Болезни раннего возраста (приведен для наглядности неполный список тестов).

1. Начальным звеном в патогенезе витамин D-дефицитного рахита является:

1. гиперфункция паращитовидных желез
2. нарушение всасывания Са из кишечника
3. уменьшение реабсорбции фосфора в почечных канальцах
4. ацидоз
5. уменьшение отложения Са и Р в костях

2. Характерные костные изменения для подострого течения рахита:

1. краниотабес
2. «квадратная» голова
3. «куриная» грудь
4. искривление нижних конечностей
5. «гаррисонова борозда»

3. В начальном периоде рахита уровень Са в крови:

1. резко снижен
2. резко увеличен
3. в норме
4. умеренно снижен
5. умеренно увеличен

4. У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес:

Вы считаете необходимым:

1. определить Са, Р, щелочную фосфатазу
2. ограничиться наблюдением
3. сделать рентгенографию черепа
4. сразу назначить витамин D до 500 МЕ в сутки
5. назначить препараты кальция

5. Типичным ранним клиническим симптомом рахита является:

1. опрелость
2. эритематозная сыпь
3. извращения вкуса
4. частый жидкий стул
5. нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы

6. Характерные изменения со стороны костной системы при остром течении рахита:

1. размягчение костей черепа
2. остеодная гиперплазия
3. рахитические «браслетки» 4. лобные бугры

5. «четки»

7. 25-гидрохолекальциферол образуется в:

1. почках
2. печени
3. кишечнике
4. костях

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

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

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

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

10. Для рахита характерен:

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

11. К начальным признакам рахита относят:

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

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

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

13. Рахитические четки у детей образуются:

1. по ходу ламбдовидного шва
2. на запястьях
3. на границе костной и хрящевой части ребер

4. по центру грудины
5. на нижней аппертуре ребер

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

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

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

1. ежедневно, в течение года
2. ежедневно, в течение недели
3. 1 раз в неделю
4. 1 раз в месяц
5. на протяжении первого года трехкратно по 1 месяцу, с интервалом в 3 месяца

16. К профилактическому методу приема витамина D относят:

1. ударный
2. дробный
3. фракционный
4. витаминных толчков
5. уплотненный

17. Для гипервитаминоза D не характерна:

1. гипокальциемия
2. гиперкальциемия
3. гиперфосфатемия
4. нормальная активность щелочной фосфатазы
5. гиперкальциурия

18. В развитии рахита предрасполагающую роль играет все кроме:

1. недоношенность
2. тугое пеленание
3. пол ребенка
4. нерациональное вскармливание
5. нерациональный уход

19. Для начального периода рахита характерно все кроме:

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

20. Степень тяжести рахита определяется на основании:

1. количества вовлеченных в патологический процесс систем организма
2. появления потливости и вздрагивания
3. продолжительности заболевания
4. анализа крови
5. ЭКГ

21. Наименее специфическим для рахита является:

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

22. Острое течение рахита характеризуется преобладанием процессов:

1. гиперплазии остеоидной ткани
2. остеомалации
3. трофических нарушений
4. отставания в физическом развитии
5. задержки нервно – психического развития

23. Дробный метод профилактического приема вит. D заключается в следующем:

1. 1 раз в неделю в течение года
2. ежедневно в течение года, за исключением 3-х летних месяцев
3. в течение 1 месяца
4. месячными курсами с перерывами в 3 месяца
5. 1 раз в месяц осенью и весной

24. Лечение витамин-Д-дефицитного рахита включает назначение препаратов витамина Д в суточной дозе _____ ме:

1. 500
2. 2000 – 4000
3. 1000 – 2000
4. 6000

25. Для диагностики витамин-Д-дефицитного рахита необходимо определение в крови:

1. паратгормона
2. остеокальцина, кальция, калия и магния
3. кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
4. тироксина

26. При витамин-Д-дефицитном рахите наблюдается сдвиг кислотно-основного состояния в сторону:

1. дыхательного алкалоза
2. метаболического алкалоза
3. дыхательного ацидоза
4. метаболического ацидоза

27. Специфическая профилактика витамин-Д-дефицитного рахита здоровым доношенным детям проводится препаратами витамина д в суточной дозе равной _____ ме:

1. 400 – 500
2. 500 – 1000
3. 2000 – 4000
4. 5000

28. Причиной судорог при спазмофилии является:

1. гипофосфатемия

2. гипокальциемия
3. снижение активности фосфатазы
4. гиперкальциемия
5. гипокалемия

29. Одним из клинических проявлений явной спазмофилии является:

1. рвота
2. лихорадка
3. ларингоспазм
4. диарея
5. гипертония

30. Заподозрить у ребенка тетанию можно по:

1. плохому аппетиту
2. адинамии
3. анемии
4. беспокойству, вздрагиванию

31. В лечении гипервитаминоза D не используются:

1. препараты Са
2. овощная диета
3. глюкокортикостероиды
4. дезинтоксикационная терапия
5. витамины "А" и "Е"

118. Для острого простого бронхита характерен _____ перкуторный звук:

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

119. Детям с обструктивным бронхитом показано назначение:

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

120. «Золотым стандартом» в диагностике острой пневмонии являются:

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

121. К показателю тяжести пневмонии относят:

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

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

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

123. Основными физикальными признаками очаговой пневмонии являются _____ хрипы:

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

ТЕСТЫ СТАРШИЙ ВОЗРАСТ (приведен для наглядности неполный список тестов).

1. ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, НАЛИЧИЕМ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ, ТАКИХ КАК СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, ОДЫШКА, ЗАЛОЖЕННОСТЬ В ГРУДИ И КАШЕЛЬ, КОТОРЫЕ ВАРЬИРУЮТ ПО ВРЕМЕНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВМЕСТЕ С ВАРИАБЕЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. фиброзирующий альвеолит
 2. эозинофильная пневмония
 3. бронхиальная астма
 4. гиперчувствительный пневмонит
2. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
 1. тяжелая персистирующая
 2. среднетяжелая персистирующая
 3. легкая интермиттирующая
 4. легкая персистирующая
3. ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ
 1. теофиллины замедленного высвобождения
 2. ингаляционные глюкокортикостероиды
 3. бета-2 агонисты короткого действия
 4. антигистаминные препараты
4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. недостаточность коры надпочечников
 2. остеопороз
 3. гипогликемия
 4. кандидоз полости рта

5. К БЫСТРОМУ И ПРОЛОНГИРОВАННОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИУМ-БРОМИДА И
 1. β 2-агонистов
 2. кромогликата натрия
 3. М-холинолитиков
 4. Адреналина
6. ПЕРВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭУФИЛЛИНА ЯВЛЯЮТСЯ
 1. головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
 2. падение артериального давления и головокружение
 3. нарушение сердечного ритма и обморок
 4. повышение артериального давления и шум в ушах
7. РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У НЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН РЕКОМЕНДОВАТЬ
 1. обучение на дому
 2. исключение всех физических нагрузок
 3. смену места жительства
 4. посещение астма-школы
8. ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
 1. укрепление иммунитета
 2. предотвращение развития аллергической сенсибилизации
 3. исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
 4. устранение контакта со значимыми аллергенами
9. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
 1. оральный кортикостероид
 2. бета-2-агонист короткого действия
 3. ингаляционный кортикостероид
 4. теофиллин короткого действия
10. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЮТ
 1. цитостатики
 2. антибиотики
 3. антигистаминные
 4. адреноблокаторы
11. ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. повышение хлоридов в поте и моче
 2. повышение IgE в крови
 3. повышение эозинофилов в крови
 4. нарушение функции внешнего дыхания
12. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ
 1. сатурация кислорода
 2. напряжение кислорода в крови
 3. максимальная (пиковая) скорость выдоха
 4. напряжение углекислого газа в крови

13. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____%

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

14. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

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

15. ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

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

16 ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ТИПИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД ОТНОСЯТСЯ:

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

17. КАКОЙ ВАРИАНТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс β_2 -агонист длительного действия
2. средние или высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
3. низкие дозы ингаляционных кортикостероидов плюс антилейкотриены
4. минимальная доза перорального глюкокортикоида

18. КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

19. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

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

20. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

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

21. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ

КЛАССА

1. E
2. A
3. M

22. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ
ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ

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

23. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО

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

24. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ₁) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____%

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

25. ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО

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

26. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА
ВТОРОЙ СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

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

27. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ

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

28. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ 1. флутиказон

2. эуфиллин
3. цетиризин
4. сальбутамол

29. КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?

1. блокирует гистаминовые рецепторы
2. оказывает отхаркивающее действие
3. является антагонистом лейкотриеновых рецепторов

4. является ингибитором синтеза простагландинов

30. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

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

31. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

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

32. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

33. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

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

34. КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ, В СОСТАВ КОТОРОГО ВХОДЯТ ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМ БРОМИД, ЯВЛЯЕТСЯ

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

35. ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

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

36. ОСНОВНОЙ, ПОСТОЯННО ПРИСУТСТВУЮЩИЙ СИМПТОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О НАЛИЧИИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

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

37. УКАЖИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ «БРОНХОЭКТАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ»:

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

38. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЭБ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. двухсторонний распространенный хронический процесс
2. небольшой объем поражения с редкими обострениями
3. вторичный хронический воспалительный процесс

4. локализация мешотчатых бронхоэктазов в пределах одной доли, при частых обострениях

39. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХОЭКТАЗОВ ПОЗВОЛИТ УСТАНОВИТЬ:

1. рентгенография органов грудной клетки
2. спирография
3. бронхография
4. бронхоскопия

40. К НЕОБРАТИМЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ:

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

267. ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ НЕОБХОДИМО

ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ _____ КЛАПАНА

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

268. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ

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

269. В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

1. волчаночные клетки
2. гранулемы Ашоффа-Талалаева
3. клетки Гоше
4. клетки Березовского-Штернберга

270. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРЕН

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

314. ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. гипертония
2. гиполипидемия
3. протеинурия
4. гипофибриногенемия

315. ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

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

316. ВТОРИЧНЫМ БУДЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ

1. возникающий на фоне какого-либо другого заболевания

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

317. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ __ МЕС. И БОЛЕЕ

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

318. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

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

350. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

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

351. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

352. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

353. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

354. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ

1. белка в крови
2. белка в моче
3. ферментов в крови
4. глюкозы в крови

355. НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

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

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

Ребенку 1 месяц 15 дней, вес при рождении 3200 г, а в настоящее время - 4100 г, начал держать головку, улыбается. Со слов матери в последнее время ребенок стал беспокойным, не выдерживает между кормлениями 1-1,5 часа. При контрольном взвешивании, в среднем за одно кормление высасывает по 70 мл грудного молока.

Вопросы:

1. Предполагаемая причина нарушения поведения ребенка?
2. Как убедиться в правильности данного предположения?
3. Какое количество молока ребенок должен высасывать за одно кормление в возрасте 1,5 месяцев? Проведите расчет с помощью объемного метода.
4. Достаточно ли молока получает ребенок? 5. Ваши действия.

ЗАДАЧА № 2

Ребенку 8 мес., находится на естественном вскармливании.

Вопросы: 1. Рассчитать его долженствующий вес (ДВ), суточный объем пищи, разовое количество пищи, если вес при рождении 3100.

1. Режим кормления.
2. Надо ли вводить пищевые добавки? 3. Надо ли вводить прикорм?

ЗАДАЧА № 3

Ребенок родился с массой 3000 г, длиной 49 см. В настоящее время ребенку 3 месяца, находится на естественном вскармливании.

Рассчитать:

1. Какую долженствующую массу имеет ребенок?
2. Суточный и разовый объем пищи?
3. Потребность в белках, жирах, углеводах и калориях в сутки? 4. Режим кормления.

ЗАДАЧА № 4

Ребенку 4 месяца. Масса при рождении 3000 г, длина 50 см, окружность головы 36 см, окружность груди 34 см.

Рассчитайте:

1. Какую долженствующую массу, рост, окружность головы и груди имеет ребенок?
2. Сколько должен получать ребенок в сутки килокалорий, суточное количество молока и количество его на одно кормление калорийным способом?
3. Сравните с контрольным кормлением (высасывает в среднем по 120 мл), сделайте выводы. 4. Оценить физическое развитие по ВОЗ рекомендациям.

З А Д А Ч А № 5

Ребенок 10 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, отделение гнойной мокроты в течение последних 4 лет, одышку даже при легкой физической нагрузке, непостоянный субфебрилитет.

Из анамнеза известно, что мальчик часто болел на первом году жизни ОРВИ, развивался с некоторой задержкой. В 6 – летнем возрасте перенес пневмонию, лечился дома в течение 10 дней пенициллином и горчичниками. С тех пор постоянно беспокоит кашель.

При поступлении ребенок бледен, при физической нагрузке выявляется цианоз и одышка, грудная клетка вздута пальцы в виде барабанных палочек, ногти - в виде часовых стекол. Рост 125 см, вес 25 кг. Откашливает гнойную мокроту. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука, аускультативно постоянно выслушивают средне - и мелкопузырчатые хрипы, преимущественно под правой лопаткой.

Вопросы:

1. На каком уровне отмечается поражение дыхательной системы?
2. Оцените физическое развитие.
3. Оцените тяжесть состояния.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения патологии? 5. Острое или хроническое заболевание у ребенка?

З А Д А Ч А № 6

Ребенку 5 лет. Поступил в клинику с жалобами на кашель, одышку, общую слабость, утомляемость. Обмороки с раннего возраста. Развивался слабым ребенком, часто болел, отмечался стойкий цианоз. При ходьбе появляются приступы одышки, ребенок садится на корточки или лежит, подгибая к груди ноги.

При осмотре пальцы в виде «барабанных палочек», цианотичны. Грудная клетка в области сердца выбухает, пальпаторно – систолическое дрожание. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум во всех точках, максимум во 2 межреберье слева.

Вопросы:

1. О каком врожденном или приобретенном пороке сердца может идти речь?
2. Сочетанием каких аномалий характеризуется этот порок?
3. Почему ребенок часто садится на корточки? 4. Дополнительные методы исследования.

З А Д А Ч А № 7

Девочка 5 лет. Поступила в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, быструю утомляемость, боль в икроножных мышцах. При объективном осмотре обращают на себя внимание хорошо развитые верхние и в меньшей мере нижние конечности. А/Д на верхних конечностях 140/40 мм.рт. ст., на нижних – не определяется. Пульс на лучевой артерии напряжен. Левая граница относительной сердечной тупости: на 1,5 см кнаружи от левой средне – ключичной линии. Выслушивается систолический шум у основания сердца и межлопаточном пространстве, акцент 2 тона на аорте.

Вопросы:

1. Каком поражении сердца можно предполагать?
2. Оцените А/Д на верхних конечностях? Какое должно быть в норме?
3. Чем обусловлен акцент 2 тона на аорте?
4. Где в норме А/Д выше: на нижних или верхних конечностях? 5. Дополнительные методы исследования.

ЗАДАЧА № 8

Ребенку 5 месяцев, поступил с жалобами матери на кашель в течение 3-х дней, одышку, усиливающуюся при кормлении грудью, повышение температуры тела до 39 С, вялость. Дома давали жаропонижающие и отхаркивающие средства, без эффекта, вызвали скорую помощь, направлены на стационарное лечение.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, выраженные симптомы интоксикации, температура тела 39,2С, ЧД 54 в мин, перкуторно - укорочение в нижних отделах справа, аускультативно – ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы в этих же отделах, в остальных участках жесткое дыхание.

Вопросы:

1. О поражении каких отделов дыхательной системы можно думать?
2. Укажите норму ЧД для ребенка 5-ти месяцев.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
4. «Золотой стандарт» для постановки диагноза?

ЗАДАЧА № 9

Ребенку 10 месяцев, поступил с жалобами на плохой аппетит, плохую прибавку в весе, субфебрильную температуру, редкие мочеиспускания. Мать ребенка страдает хроническим пиелонефритом. Родился доношенным с массой тела 3100, длиной 50 см. Вышеуказанные жалобы появились с 6 месячного возраста.

При осмотре температура 37,8, вялый, капризный, пониженного питания (рост – 72 см, масса – 8200г), кожные покровы с сероватым оттенком, подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Живот безболезненный при пальпации. Справа прощупывается почка. Общий анализ крови Нв – 109г/л, эр.-3.4 млн, лейкоц.-12.2 тыс, э -1%, п-12%, с-68%, л-15%, м-4%, СОЭ -30 мм/час. Общий анализ мочи – цвет соломенно-желтый, прозрачная, реакция кислая, удельный вес – 1015, сахар – нет, белок – 0.066 %, лейкоциты – 50-60 в поле зрения, эритроциты- 1-2 в поле зрения, слизь – немного, бактерии. Биохимический анализ крови – креатинин- 0.05 ммоль/л. При урологическом обследовании – расширение чашечно-лоханочной системы, гипотония обоих мочеточников.

Вопросы:

1. Как оценить общее состояние ребенка?
2. Имеется ли у ребенка врожденная или приобретенная патология почек и какая?
3. Какие синдромы имеются у ребенка?
4. Оцените физическое развитие.
5. Оцените общий анализ мочи.
6. Оцените общий анализ крови.

ЗАДАЧА № 10

Ребенку 7 лет, заболел 4 года назад. Когда через две недели после перенесенной скарлатины появилась головная боль, бледность, отечность лица, нижних конечностей.

Неоднократно лечился в стационаре.

При осмотре – положение вынужденное, заторможенный, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы и слизистые бледные. Отмечается отечность лица, конечностей, поясницы. Выражена мышечная гипотония. Дыхание ослаблено. Границы сердца увеличены влево. Живот увеличен в размерах, кожа на животе истончена, пупок сглажен, выражен венозный рисунок. Симптом флюктуации положительный. Печень и селезенка не пальпируются. Почки прощупать не удается. Моча цвета мясных помоев. АД 130/90, выпито – 700мл, выделено- 200мл.

Общий анализ крови – эр -2.6 млн, НВ- 84 г/л, ц.п. 1.0, лейкоц -9.4 тыс, э -0%, п-12%, с -70%, л-15%, СОЭ-62 мм/час. Общий анализ мочи – цвет- мясных помоев, мутная, реакция кислая, удельный вес- мало мочи, белок – 6.6‰, эр – рыхло покрывают все поля зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные – по 10-30 в поле зрения, лейкоциты – 10-12 в поле зрения. В биохимическом анализе крови – диспротеинемия, гипоальбуминемия. Креатинин – 1.1 ммоль/л, калий – 5.5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л, кальций – 1.6 ммоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину – 24 мл/мин. Анализ мочи по Зимницкому

9 – 1012 – 20 мл

12 – 1005 – 12 мл

15 – 1010 – 26 мл

18 – 1007 – 18 мл

21 – 1012 – 22 мл

3 – 1006 – 15 мл

6 – 1008 – 10 мл

9 – 1008-20 мл

Вопросы:

1. Оцените состояние больного.
2. Какие синдромы выражены у больного ребенка?
3. Оцените пробу по Зимницкому.
4. Острая или хроническая почечная недостаточность у ребенка?

ЗАДАЧА №11

Ребенок 2-х лет поступил с непрекращающимся в течение 2-х дней кровотечением из прикуса языка. Родители ребенка здоровы. Дед по матери страдает кровотечениями после небольших травм. В момент осмотра кровотечения нет. Бледность кожи и слизистых оболочек. На коже разной величины и давности кровоизлияния (экхимозы, гематомы). Гемартроз правого коленного сустава. В анализе крови НВ 90г/л, Эр 3.1млн, ц.п. 0.9, ретикулоциты 20. Лейкоциты

11,0 тыс., э-3, п-6, с-45, л-40, м-6, СОЭ 12мм/час, Тр 186тыс. Время свертывания крови 35 мин. Время кровотечения 2 мин. В коагулограмме время свертывания венозной крови 2 часа. Протромбиновый индекс- 98%, фибриноген 3 г/л, УШ фактор 1%, 1Х фактор 99%, V фактор 100%.

Вопросы:

1. Какого рода заболевание у ребенка – наследственное или приобретенное.
2. Какие клинические синдромы имеются у ребенка.
3. Какие изменения выявлены в анализе крови.
4. Какие изменения выявлены в коагулограмме.
5. Какова тяжесть анемического синдрома.
6. О каком заболевании можно думать.

ЗАДАЧА № 12

Ребенок С. 10 лет поступил с жалобами на боли в животе и поясничной области, повышение температуры тела до 38°, учащенные болезненные мочеиспускания. За неделю до поступления перенес ОРВИ. При осмотре температура тела 38°, вялый, адинамичный. Кожа бледная суховата, отеков нет. Пульс 102 в мин. АД 105/50. При пальпации области почек отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускания частые, болезненные. Общий анализ крови НВ 106 г/л, Эр 3.2 млн, ц.п. 0.9, лейкоц.-10.2 тыс, э-0, п-14, с-70, л-15, м-1, СОЭ-28мм/час. Общий анализ мочи цвет с/ж, прозрачная, реакция кислая, уд.вес 1024, сахара нет, белок 0.033%, лейкоциты сплошь покрывают все поля зрения, эр.- 3-4, много слизи, бактерий. Биохимия креатинин-0.05 ммоль/л. Коэффициент реабсорбции 98%. Анализ мочи по Зимницкому:

9 – удельный вес 1027 – 220 мл.

12 -----1011 – 100 мл

15 -----1015 -80 мл

18 -----1022 – 110 мл

21 -----1012 – 75 мл

24 -----1024 – 180 мл

3 -----1020 – 90 мл

6 -----1028 – 100

мл.

Вопросы:

Какие синдромы выражены у ребенка?

Имеются ли у ребенка признаки ОПН, если да, то какая стадия.

Оцените тяжесть состояния.

Для какой патологии почек характерны имеющиеся синдромы.

Оценить анализ крови.

Оцените анализ мочи.

Оценить пробу Зимницкого.

ЗАДАЧА № 13

Ребенок 5 лет, поступил с жалобами на повышение температуры до 39 градусов, многократную рвоту, понос (стул гомогенный, желтого цвета), разлитые боли в животе. При осмотре кожа сухая, бледная. Заостренные черты лица, глазные яблоки запавшие. Пульс 150 в 1 минуту. Живот несколько вздут. При пальпации живота определяется умеренная болезненность и урчание. В семье все здоровы. Накануне мальчик ел творог, хранившийся в помещении вне холодильника.

Вопросы:

Какие клинические синдромы имеются у ребенка?

Какое заключение можно сделать по анамнезу заболевания?

Оцените тяжесть состояния ребенка, чем она обусловлена?

ЗАДАЧА № 14

В поликлинику обратилась мать с ребенком 3 лет. Жалобы – на плохой аппетит, быструю утомляемость ребенка. При осмотре обращают на себя внимание бледность и сухость кожных покровов, периорбитальный цианоз, отсутствие подкожного жирового слоя на животе, груди и нижних конечностях.

Масса тела ребенка 10 кг, длина тела 82 см.

Вопросы:

1. О поражении какой системы можно думать?
2. Рассчитать должноствующий рост и массу у ребенка 3 лет 3. Оценить его физическое развитие.

ЗАДАЧА № 15

Девочка от I беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Закричала сразу, к груди через 2 часа после рождения.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, кожные покровы слегка субэритечные, на коже лица на крыльях носа, переносице имеются беловато – желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупно пластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2 см, при надавливании выделяются бело – молочная жидкость.

Вопросы:

1. Перечислите изменения на коже соответствующие 5 дню жизни.
2. О каком состоянии идет речь?
3. Рассчитайте массу и рост ребенка в возрасте 3 месяца.

ЗАДАЧА № 16

Ребенку 8 мес, с 3 мес. на искусственном вскармливании. Из анамнеза известно, что в первые после введения в пищу смеси «Малютка» появились покраснение и зуд на щеках, ягодицах, в физиологических складках кожи. Позже, изменения на коже появлялись после употребления апельсинов, коровьего молока.

При осмотре: ребенок повышенного питания. Кожа на щеках, в паховых складках и на запястьях гиперемизирована, инфильтрирована с мокнутием и корками. На волосистой части головы себорейные чешуйки. Слизистая полости рта чистая, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, стул неустойчивый.

Вопросы:

1. О поражении какой системы можно думать?
2. При каком заболевании встречается данная клиническая картина?
3. Провоцирующие факторы? 4. Рассчитайте массу и рост ребенка в 8 месяцев, если масса при рождении 3400 г., рост 52см.

ЗАДАЧА № 17

Ребенку 7мес. Обратились с жалобами на беспокойство, потливость. Вскармливание с 1,5 мес искусственное. Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, большой родничок 2,0х2,0. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень выступает из- под реберные дуги на 3,5 см., стул со склонностью к запорам.

Вопросы:

1. О поражении какой системы можно думать?
2. При каком заболевании встречается данная клиническая картина?
3. Провоцирующий заболевание фактор?
4. Рассчитать массу и рост ребенка в 5 месяцев, если масса при рождении 3300г, рост 50 см.

ЗАДАЧА № 18

Мальчику 2 года. Родители обратились к врачу с жалобами на отставание ребенка в физическом развитии, быструю утомляемость, одышку при подъеме по лестнице. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Мать на втором месяце беременности перенесла грипп с интоксикацией, температурой, принимала ремантадин. Во второй половине беременности дважды находилась на сохранении ввиду угрозы ее прерывания. При обследовании больного обнаружен порок сердца: «Дефект межжелудочковой перегородки в мембранозной части с выраженной перегрузкой малого круга кровообращения».

Вопросы:

1. Какие факторы (по данным анамнеза) могли быть причиной развития порока сердца у ребенка?
2. На какой стадии внутриутробного развития произошло формирование порока сердца?
3. Как называются подобные пороки развития?

ЗАДАЧА № 19

Ребенку 4 дня. Родился в срок, с массой 2000 г., ростом 47 см., закричал тихо. К груди приложен через 2 дня из-за слабости, сосет вяло, быстро устает. Из анамнеза выяснено, что девочка от 6 беременности, протекавшей с угрозой прерывания. У матери имеются хронические заболевания: аднексит, кольпит, хронический пиелонефрит, анемия. Предыдущие беременности все закончились родами, со слов матери дети живы, но последние двое часто болеют простудными заболеваниями, у них обнаружили – анемию и рахит. Между родами временной интервал не более 1-2 лет.

Вопросы:

1. Какие причины рождения ребенка с низкой массой?
2. Как оценить состояние ребенка, его зрелость?
3. Имеется ли внутриутробная патология и к какой группе она относится?
4. Рационален ли интергенетический интервал в плане Национальной программы планирования семьи?

ЗАДАЧА №20

Ребенок 2-х лет поступил в связи с отставанием в физическом развитии, поносом. Родители ребенка здоровы. Мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, с массой 3300 г, длиной 50 см. В возрасте 10 месяцев перенес дизентерию, длительно лечился антибиотиками. После заболевания ребенок плохо прибавляет в весе, аппетит хороший. Стул жидкий, обильный. При бактериологическом исследовании диагноз кишечной инфекции исключен. При осмотре масса 8500 г, рост 78 см. Кожа бледная, сухая. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Живот увеличен в объеме, стул обильный, жидкий.

Вопросы:

1. Какой клинический синдром имеется у ребенка.
2. Какого рода заболевание (наследственное или приобретенное?)
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
4. Как оценивается физическое развитие ребенка.
5. Оцените тяжесть состояния ребенка.

ЗАДАЧА №21

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°C и выраженным возбуждением. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C.

При осмотре врачом «скорой помощи» отмечают бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД — 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно — звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастеральной линии, верхняя - II ребро, левая — на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС — 138 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 112 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,83, Лейк — $9,8 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 32%, э — 1%, л — 56%, м — 7%, СОЭ — 11 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 — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
3. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
4. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае?
5. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий?

ЗАДАЧА № 22

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

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

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

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0×2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные. 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 парастеральной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, обще- мозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 120 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,83, Лейк — $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

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 — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций ионизированный — 0,6 ммоль/л (норма — 0,8-1,1), кальций общий — 1,6 ммоль/л (норма — 1,8-2,1), фосфор — 0,6 ммоль/л (норма — 0,6-1,6), АлТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АсТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).

Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность — прозрачная, белок — 160 г/л, цитоз — 2 в 3 мкл: нейтрофилы — 0%, лимфоциты — 2%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
4. С какой целью больному проведена спинномозговая пункция? 5. Какие специалисты должны вести наблюдение за данным ребенком в поликлинике?

ЗАДАЧА № 23

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной «Малюткой». 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 парастеральной линии, левая — на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной 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 к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 118 г/л, Эр — $4,3 \times 10^{12}$ /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.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В чем причина развития заболевания?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
5. Назначьте специфическую терапию.

ЗАДАЧА №24

Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок, осенью. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Ап-гар 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 к задаче по педиатрии

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.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какие условия способствовали заболеванию?
4. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
5. Тактика лечебных мероприятий?

ЗАДАЧА №25

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с кашлем, резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. — в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.

Заболевание началось с 1,5 мес, когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 37,4°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые оболочки полости рта бледные. Зубы — 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, «олимпийский лоб». Грудная клетка деформирована — «куриная грудь». При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: X-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Дыхание шумное с удлиненным выдохом. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания — сухие свистящие хрипы. ЧД — 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС — 136 ударов в мин. Печень +4 см из-под реберного края. Селезенка — +2 см из подреберья. Стул через день, «овечий». Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $7,5 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 31%, э — 1%, л — 63%, м — 3%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 65,0 г/л, холестерин — 4,6 ммоль/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, кальций — 2,0 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л, ЩФ — 950 Ед/л (норма — до 600).

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какие изменения биохимических показателей следует ожидать у ребенка?
4. Ваши представления о патогенезе заболевания.
5. Как проводить лечение?

С

Приложение 3

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

Пропедевтика детских болезней
Особенности сбора анамнеза у детей. Характеристика периодов детского возраста.
Физическое развитие. Акселерация.
АФО нервной системы и органов чувств у детей. Оценка нервно-психического и развития детей.
АФО кожи, подкожно-жировой клетчатки, костной, мышечной, лимфатической систем, семиотика поражений этих систем.
Анатомо-физиологические особенности: органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Методы исследования. Семиотика основных поражений.
Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта в раннем возрасте. Естественное вскармливание. Прикорм.
Смешанное и искусственное вскармливание. Показания к переводу на эти виды вскармливания. Классификация смесей. Правила введения докорма и искусственного вскармливания.
Патология детей раннего возраста.
Острые бронхиты и пневмонии в детском возрасте. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика.
Сепсис у детей, в том числе одонтогенный. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Витамин Д-дефицитный рахит. Этиопатогенез, клиника, специфическое и неспецифическое лечение и профилактика.
Расстройства питания.
Железодефицитные анемии. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.

Аномалии конституции: экссудативно-катаральный диатез, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Патология детей старшего возраста.
Хронические бронхолегочные заболевания. Бронхоэктатическая болезнь. Бронхиальная астма. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Острая ревматическая лихорадка и ревматоидный артрит у детей. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Врожденные пороки сердца. Классификация. Этиопатогенез. клиника, лечение, профилактика ДМПП, ДМЖП, ОАП, КоА, Тетрады Фалло.
Геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоцитопеническая пурпура, гемваскулит. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.

Гломерулонефриты и пиелонефриты. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта: дискинезии желчевыводящих путей, хронические – гастриты, холециститы. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
Принципы оказания неотложной помощи детям: при гипертермии, судорожном синдроме, аллергических реакциях, острой бронхиальной обструкции. Принципы догоспитальной сердечно- легочной реанимации.

D

Приложение 4

Вопросы для теоретического задания.

Раздел №1 Пропедевтика детских болезней.

1.Роль возрастного фактора в патологии детей.

2.Периодизация детского возраста. Характеристика важнейших особенностей периодов детства.

Связь аномалий и

поломок развития зубо-челюстной системы с наследственными заболеваниями.

3.Физическое развитие детей. Понятие об акселерации развития детей. Оценка физического развития, нарушение питания, низкий вес.

4.Основные методы объективного исследования здорового и больного ребенка.

5.Особенности сбора анамнеза в детском возрасте (у детей и их родителей). Принципы деонтологии.

6.Значение анатомо-физиологических особенностей спинного мозга, соотношений его и позвоночного канала у детей, для выбора уровня спинно-мозговой пункции.

7.Факторы,неблагоприятно влияющие на развитие нервной системы ребенка (генетические, внутриутробные, постнатальные).

8.Морфологические и функциональные особенности кожи у детей.

9.Морфологические особенности развития и функционирования сальных и потовых желез.

10.Семиотика сыпей у детей при инфекционных и неинфекционных заболеваниях.

11.Семиотика изменений окраски кожных покровов (бледность, гиперемия, желтушность, бронзовая окраска, цианоз).

12.Особенности строения подкожно-жировой клетчатки у детей, химический состав жира. Роль жировой ткани в теплопродукции.

13.Отечность общая и ограниченная, различия между отеком и уплотнением подкожно-жировой ткани.

14.Тургор тканей, где он определяется?

15.Значение ухода, одежды для предупреждения поражений кожи. Воспитание навыков личной гигиены у детей.

16.Анатомо-физиологические, гистологические и биохимические особенности строения мышечной системы у детей различного возраста.

17.Клинические методики исследования мышечной системы.

18.Семиотика поражений мышечной системы: гипо- и гипертония, атрофия (истинная и ложная).

19.Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей.

20.Стадии образования кости. Регуляция отложения минеральных солей в костях (значение витаминов, правильного питания, эндокринных желез и др.).

21.Особенности химического состава, кровоснабжения кости и надкостницы у детей различного возраста.

22.Особенности строения позвоночника, грудной клетки, тазовых костей у детей после рождения.

- 23.Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов.
- 24.Семиотика наиболее частых поражений костной ткани (остеомалация, остеопороз, разрастание костной ткани, деформация).
- 25.При сборе анамнеза на что необходимо обратить внимание?
- 26.Анатомо-физиологические особенности кроветворения у детей.
- 27.Картина крови у детей различного возраста.
- 28.Феномен нейтрофильно-лимфоцитарного перекреста.
- 29.Оценка анализа периферической крови.
- 30.Оценка коагулограммы.
- 31.Основные синдромы поражения крови.
- 32.Анатомо-физиологические особенности полости носа, околоносовых пазух, глотки и миндалин у детей.
- 33.Анатомо-физиологические особенности гортани, трахеи, бронхов у детей.
- 34.Анатомо-физиологические особенности легких у детей. Долевое и сегментарное строение легких, его влияние на локализацию легочного воспалительного процесса у детей.
- 35.Возрастные особенности грудной клетки у детей и особенности дыхания в связи с этим.
- 36.Особенности методики исследования органов дыхания у детей. Жалобы, характерные для больных детей с поражением органов дыхания. Общий и локальный осмотр органов дыхания. Формы одышки, их клиническое проявление. Подсчет дыхания. Семиотика кашля.
- 37.Особенности перкуссии грудной клетки у детей раннего возраста. Сравнительная и топографическая перкуссия. Семиотика изменений перкуторного звука (тупость, укорочение, тимпанит, коробочный звук).
- 38.Аускультация. Нормальный характер дыхательных шумов у детей различного возраста и семиотика их изменений.
- 39.Синдромы обструкции и дыхательной недостаточности, их степени, причины развития, механизмы.
- 40.Кровообращение плода. Какие части тела лучше снабжаются кислородом?
- 41.Механизмы и сроки закрытия эмбриональных путей кровообращения (аранциев проток,овальное отверстие,боталлов проток)после рождения ребенка и установления работы малого круга кровообращения.
- 42.Методика осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации сердца у детей. Особенности методики исследования сердечно-сосудистой системы у детей грудного возраста и старшего возраста.
- 43.Границы относительной и абсолютной сердечной тупости, кардиоторакальное соотношение у детей в возрастном аспекте.
- 44.Признаки основных врожденных пороков. Признаки приобретенных пороков сердца.
- 45.Семиотика мио-, эндо- и перикардитов.
- 46.Синдром сердечной недостаточности. Клинические проявления.
- 47.Методы инструментального исследования: фонокардиография, эхокардиография, баллистокардиография, рео- и поликардиография и др
- 48.Анатомо-физиологические и морфологические особенности полости рта,приспособления для сосания у новорожденных Слюна, ее состав у детей различного возраста. Семиотика изменений слизистых полости рта у детей.
- 49.Анатомо-физиологические и морфологические особенности пищевода и желудка. Особенности секрето-, кислого- и ферментообразующей функции желудка.
- 50.Анатомо-физиологические особенности тонкого и толстого кишечника.Особенности пищеварения у детей.

51. Стул у детей после рождения (меконий, переходной). Скорость освобождения желудочно-кишечного тракта при

различных видах вскармливания детей первого года жизни. 52. Клинические методы исследования органов пищеварения у

детей (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

53. Инструментальные и функциональные методы исследования органов пищеварения. Анатомо-физиологические и

морфологические особенности строения печени, ее размеры, развитие долей.

54. АФО желчного пузыря. Состав желчи у детей различного возраста. Осмотр, пальпация, перкуссия печени.

55. Семиотика основных нарушений ЖКТ, печени и желчных путей.

56. АФО мочевыделительной системы.

57. Определение понятия «естественное вскармливание».

58. Состав молозива, переходного и зрелого грудного молока. Значение молозива для питания новорожденных в первые дни жизни.

59. Преимущества естественного вскармливания.

60. Количественные и качественные биологические различия состава женского и коровьего молока.

61. Техника прикладывания ребенка к груди. Вскармливание новорожденного. Противопоказания к первому

прикладыванию к груди (со стороны матери и ребенка). Основные правила грудного вскармливания. Понятие о свободном

кормлений грудью.

62. Потребность детей в основных пищевых ингредиентах: белках, жирах, углеводах, калориях, до и после введения

прикорма в зависимости от возраста

63. Прикорм, необходимость его введения. Правила и техника введения прикорма. Блюда прикорма, сроки их введения.

Раздел №2 Патология детей раннего возраста. (8 семестр)

64. Определение «Острый бронхит». Этиопатогенез, клиника.

65. Определение болезни «Острые пневмонии» (ОП).

66. Основные предрасполагающие факторы, ведущие к развитию ОП.

67. Патогенез, патоморфология ОП.

68. Основные клинические проявления неосложненной ОП.

69. Лабораторные и рентгенологические критерии ОП.

70. Основные принципы современной этиотропной и патогенетической терапии ОП и острого бронхита.

71. Сепсис. Факторы высокого риска развития неонатального сепсиса.

72. Этиология, основные звенья патогенеза, классификация сепсиса.

73. Клинические варианты течения сепсиса.

74. Клинические и лабораторные критерии диагностики сепсиса, понятие о системной воспалительной реакции.

75. Определение заболевания «витамины Д-дефицитного рахита».

76. Роль витамина Д и паратгормона, как основных модуляторов фосфорно-кальциевого обмена в организме.

77. Экзогенные и эндогенные факторы риска в развитии витамин Д-дефицитного рахита.

78. Патогенетические механизмы развития витамин Д-дефицитного рахита.

79. Классификация витамин Д-дефицитного рахита по периодам, тяжести течения и характеру течения заболевания.

80. Клинические проявления со стороны центральной и вегетативной нервной системы; со стороны опорно-двигательного

аппарата и со стороны внутренних органов в зависимости от периода, степени тяжести и течения витамин Д-дефицитного рахита.

81.Диагностика:изменение биохимических показателей крови.Значение рентгенографического исследования при рахите.

82.Лечение рахита в зависимости от степени тяжести и периода заболевания:дозы вит. Д, роль цитратов в комплексном

лечении рахита, вспомогательные методы лечения (массаж, ванны и др.).

83.Причины развития спазмофилии

84.Патогенез спазмофилии, связь с рахитом.

85.Лабораторные и инструментальные методы исследования спазмофилии.

86.Лечение и профилактика спазмофилии у детей раннего возраста.

87.Расстройство питания у детей раннего возраста, причины возникновения.

88.Патогенез. Клиника и диагностика острых функциональных расстройств питания.

89.Причины развития внутриутробных и постнатальных расстройств питания.

90.Патогенез развития расстройства питания (значение процессов голодания для состояния различных органов и систем,процессы анаболизма и катаболизма).

91.Клинические проявления расстройств питания.

92.Определение понятия ЖДА, возрастной аспект, социально-бытовой аспект.

93.Роль железа и особенности его метаболизма в детском возрасте.

94.Причины железодефицитных состояний у детей.

95.Патогенез железодефицитных состояний у детей.

96.Клинические проявления ЖДА.

97.Лабораторные критерии диагностики железодефицитных состояний.

98.Лечение ЖДА. Принципы назначения препаратов железа в педиатрии.

Раздел №3 Патология детей старшего возраста. (8 семестр)

99.Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.

100.Клинические проявления БА в приступном периоде в зависимости от тяжести течения и осложнений.

101.Диагностика БА. Инструментальные методы обследования:спирография,пикфлоуметрия, рентгенограмма грудной клетки.

102.Лечебная тактика в приступный период БА в зависимости от тяжести (алгоритм лечения).

103.Объем базисной терапии и лечение больных БА в период ремиссии.

104.Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – этиопатогенез, предрасполагающие факторы.

105.Классификация ОРЛ. Основные и дополнительные критерии ревматизма.

106.Основные клинические проявления:кардит,полиартрит, малая хорея,аннулярная эритема, ревматические узелки.

107.Первичный (ОРЛ) и возвратный (хроническая ревматическая болезнь сердца) ревмокардит: клиника, диагностика.

Дифференциальный диагноз, течение и исходы ревматизма.

108.Этапное лечение ОРЛ. Лечение в остром периоде.Показания к назначению глюкокортикостероидов. Особенности лечения малой хореи. Санаторное лечение.

109.Классификация геморрагических диатезов.

110.пределение заболевания «Гемофилия» как наследственного, передаваемого по рецессивному типу, сцепленному с X-хромосомой. Классификация.

111.Патогенез различных форм гемофилий.

112.Критерии клинической диагностики гемофилий.

113.Современный принципы лечения гемофилии.

114.Определение «Тромбоцитопенической пурпury». Классификация: по течению (острые и хронические);по периоду

(обострение,ремиссия);по клинической форме (сухие и влажные).

115.Этиопатогенез и клинические проявления.

116.Принципы рационального лечения, диспансерное наблюдение

117.Геморрагический васкулит,определение.

118.Этиология и патогенез,классификация:кожная,кожно-суставная,кожно-абдоминальная и смешанная (кожно-суставно-абдоминальная).

119.Клинические проявления, диагностика.

120.Лечение, прогноз.

121.Диспансерное наблюдение детей с различными формами геморрагических диатезов.

122.Определение понятия «Острый гломерулонефрит»(ОГН).

123.Этиологические факторы, способствующие развитию ОГН у детей.

124.Основные звенья патогенеза.

125.Основные клинические проявления ОГН.Клиническая характеристика отдельных синдромов острого

гломерулонефрита:с нефритическим,с нефротическим,с изолированным мочевым синдромом, нефротический синдром с гематурией и гипертонией.

126.Лабораторная диагностика: азотемические показатели при ОГН; оценка результатов проб:по Зимницкому,по Аддису-Каковскому и др.

127.Острая повреждение почек (ОПП),причины, линико-лабораторная диагностика.

128.Принципы лечения ОГН (режим,антибактериальная терапия,показания и схемы лечения глюкокортикоидами, антикоагулянты, диуретики, гипотензивные препараты).

129.Определение «Пиелонефрит»(ПН)

130.Этиологические факторы, имеющие наибольшее значение в развитии ПН.

131.Основные патогенетические звенья пиелонефрита у детей.

132.Классификация пиелонефрита у детей.

133.Основные клинические признаки различных синдромов пиелонефрита у детей.

134.Критерии диагностики пиелонефрита у детей.

135.Принципы лечения пиелонефритов.

136.Определение хронических гастритов и гастродуоденитов (ХГ и ХГД)

137.Основные предрасполагающие факторы и патогенетические звенья(ХГ и ХГД)

138.Основные варианты клинических проявлений ХГ и ХГД.

139.Диагностические критерии ХГ и ХГД, эндоскопическая картина гастродуоденальной патологии.

140.Основные принципы патогенетической терапии, прогноз, профилактические мероприятия,диспансерное наблюдение

141.Определение дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП).

142.Какова этиология развития ДЖВП? Какие изменения в составе желчи происходят при нарушении ее оттока?

143.Клинические проявления ДЖВП с замедленным и ускоренным опорожнением желчного пузыря.

144.Определение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ).

145.Этиопатогенетические факторы, ведущие к развитию ЯБ, клинические проявления и патоморфологические изменения.

146.Основные клинические проявления и диагностические критерии ЯБ,осложнения.

147.Основные принципы комплексной (в т. ч. патогенетической) терапии ЯБ с учетом геликобактерной этиологии, (3-х и 4-х компонентная терапия).

148.Понятие о гипертермии.

149.Наиболее частые причины повышения температуры тела.

150.Положительные и отрицательные влияния повышенной температуры на организм.

151.Клинические проявления: «розовая» и «бледная» лихорадка.

152.Принципы терапии гипертермии. Показания для проведения жаропонижающей терапии.

153.Определение понятия «судороги».

154.Полиэтиологичность судорожного синдрома.

155.Растройство гемодинамики, гипоксия, ацидоз, метаболические нарушения, отек мозга- основные звенья патогенеза

судорожного синдрома.

156.Клинические проявления локализованных и генерализованных видов судорог, судороги клонические, тонические и смешанного характера.

157.Ургентная терапия судорожного синдрома.

158.Определение «острая аллергическая реакция».

159.Этиология и патогенез аллергических реакций.

160.Клинические проявления генерализованных (анафилактический шок,синдромы Стивенса-Джонсона,и Лайела) и

локализованных форм аллергических реакций (крапивница, отек Квинке), респираторная аллергия в виде – острой

бронхиальной обструкции.

161.Принципы терапии острых аллергических состояний.

162.Показания к проведению реанимационных мероприятий.Ступени проведения реанимационных мероприятий – АВС, на догоспитальном этапе. Оценка эффективности проводимых мероприятий.

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 ТЕСТА
(рубежный контроль)**

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

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

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Способность формирования синдромов в результате анализа жалоб, анамнеза, клинических симптомов.	0-20
2	Знание этиопатогенетических аспектов представленного состояния.	0-10
3	Правильность интерпретации лабораторно-инструментальных данных.	0-20
4	Постановка диагноза	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 РЕФЕРАТА

	Минимальный ответ - 0-59%	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ – 70- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	оценка
Раскрытие проблемы	Проблема не раскрыта. Отсутству ют выводы.	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы.	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	Представляемая информация логически не связана.	Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	Несоблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации	3-4 ошибки в представляемой информации	Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на Вопросы	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка	неудовлетворитель но	удовлетворительно	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ОСМОТРА РЕБЕНКА. (текущий)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность сбора жалоб и анамнеза.	0-20
2	Способность выявления общих признаков опасности.	0-20
3	Знание и владение методами клинического осмотра ребенка.	0-20
4	Правильность интерпретации лабораторно-инструментальных данных исследования.	0-20
5	Правильность постановки клинического диагноза и выбора тактики лечения.	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

№	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/3)

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.

Лекции являются главным звеном цикла обучения дисциплине «Педиатрия». Цель их – формирование у студента ориентировочной основы для последующего усвоения материала методом самостоятельной работы. На лекциях освещаются основные вопросы по темам и обобщаются новейшие научные сведения, разбираются наиболее трудные для освоения разделы предмета с внесением соответствующих коррективов, особенно по вопросам диагностики и лечения детских болезней. Продолжительность лекции 2 часа.

Содержание лекции отвечает основным дидактическим требованиям:

Изложение материала дается от простого к сложному, от известного к неизвестному;

Соблюдается логичность, четкость и ясность в изложении материала;

Практикуется возможность проблемного изложения материала, дискуссии, диалога с целью активизации деятельности студентов;

Смысловая часть лекции опирается на подлинные факты и данные статистики;

Отражается тесная связь теоретических положений и выводов - с практикой;

В изложении материала большое внимание придается интонации.

Для улучшения усвоения материала лекции обязательно иллюстрируются или читаются в виде презентаций.

Методические рекомендации по проведению практических занятий.

На практических занятиях студенты приобретают основные знания и практические умения. Занятия проводятся в отделениях детской больницы. Продолжительность практического занятия 3 часа. В основном практические занятия проводятся непосредственно у постели больного ребенка и ставят своей целью ознакомить и научить студентов методике исследования детей различных возрастных групп, выделению критериев диагностики нозологических форм, составлению плана обследования и лечения больного. Также внимание обращается на расчет возрастных доз препаратов, выписку рецептов.

Структура практического занятия Продолжительность занятия - 3 часа

- 1.Приветствие, постановка цели и задач занятия – 5 мин.
- 2.Контроль исходного уровня знаний студентов (тесты, контрольные вопросы) – 10 мин.
- 3.Разбор ключевых положений темы занятия – 30 мин.
- 4.Отработка практических навыков у постели больного, курация больных – 30 мин.
- 5.Работа в малых группах, обсуждение больного по теме и его лечения – 15 мин.
- 6.Решение ситуационных задач – 25 мин.
- 7.Итоговый контроль знаний – 15 мин.
- 8.Заключение – 5 мин. После каждого академического часа предлагается 5-минутный перерыв.

Рекомендуется следующая методика проведения практического занятия. С активным участием студентов проводится разбор ключевых положений темы.

Самостоятельная работа студентов у постели больного включает сбор анамнеза, отработку практических навыков. Во время курации работа проводится малыми группами студентов, преподаватель оказывает методическую помощь студентам в обследовании больных, сообщает дополнительные сведения по анамнезу и результатам лабораторных и инструментальных методов обследования (по необходимости).

При отсутствии тематических больных студентам предлагаются ситуационные задачи или ролевые игры. В конце занятия проводится итоговый контроль знаний, позволяющий оценить степень усвоения материала. В конце практического занятия дается оценка всего занятия в целом, обращается внимание на следующие аспекты: качество подготовки, степень усвоения знаний, активность и положительные стороны в работе студентов, ценные и конструктивные предложения, недостатки в работе студентов, задачи и пути устранения недостатков.

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 - завершённая задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ.

При явке на зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете.

Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы теста - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия);
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению);
- - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

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

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

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

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

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
- б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);

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

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

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

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

Всего в неделю – 3-4 часа.

2.Описание последовательности действий студента. Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут). В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3.Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

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

5.Советы по подготовке к рубежному и промежуточному 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.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

ФРОНТАЛЬНЫЙ ОПРОС.

Каждое занятие начинается с постановки цели и задач, после чего проводится устный или письменный опрос студентов с целью выявления степени подготовки студентов. Подводя итоги занятия, используются такие критерии оценки ответов, как: полнота и конкретность ответа, последовательность и логика изложения, обоснованность и доказательность излагаемых положений, уровень культуры речи.

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. Рекомендуются использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы: "Педиатрия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана" (стр.32 УП:31050250_15_13пд.pli.xml), "Вестник КГМА" и др., а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза.

Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

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

1. Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
2. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
3. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.

Пример задачи Условие:

На приеме врача родители с ребёнком 3-х лет. У ребёнка резкое беспокойство, температура тела - 38,5°C, кашель, астмоидное дыхание, аускультативно слышны крепитирующие хрипы, перкуторно - «очаговая симптоматика», не может пить и сосать грудь. Частота дыхания 55 в минуту. Вопросы:

1. Какую патологию можно заподозрить? Обоснуйте.
2. Есть ли общие опасные признаки у ребёнка?
3. Какова тактика ведения ребенка, если у него есть общий признак опасности?
4. Надо ли проводить дополнительные методы обследования?
5. Назначьте лечение? Эталон ответа:

1. Это острая тяжелая пневмония: учащенное дыхание (для этой возрастной группы ЧД выше 40 / мин является признаком острой пневмонии), кашель, астмоидное дыхание.
2. У больного есть общий признак опасности: «не может пить и сосать грудь».
3. Больному с общим признаком опасности следует сделать первую дозу соответствующего антибиотика, ингаляция сальбутамолом и доставить на стационарное лечение, во время транспортировки давать ребенку кислород.
4. Не следует проводить лабораторные исследования.
5. Соответствующий антибиотик парентерально, ингаляция сальбутамолом и кислород.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ.

В процессе приема здорового и больного, студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.
2. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С., ЧД, АД, и др.)
3. Оценить данные клинических анализов: - крови (общий анализ, время свертывания, время кровотечения, количество тромбоцитов);
4. 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, уролейкоцитогамму);
- 5. Оценить анализ копрологического исследования;
- 6. Организовать необходимые консультации и осмотры специалистов, а также «стационар на дому».
- 7. Способствовать сохранению естественного вскармливания.
- 8. Помочь семье организовать здоровый образ жизни и создать условия для гармоничного физического и психического развития детей.
- 9. Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка.
- 10. Оформлять медицинскую документацию: история развития ребенка.
- 11. Оценить результаты фиброгастроскопии;
- 13. Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;
- 14. Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;
- 15. Оценить физическое развитие детей разного возраста;
- 16. Оценить психомоторное развитие детей в возрасте до пяти лет;
- 17. Оценить половое развитие подростков;
- 18. Оценить питание и пищевой статус детей;
- 19. Составить рацион питания детей грудного, раннего, дошкольного и школьного возрастов;
- 20. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики и диспансеризации: - заболеваний у детей раннего возраста;
 - врожденных пороков развития;
 - задержки физического и психомоторного развития детей;
 - хронических заболеваний органов дыхания у детей;
 - хронических заболеваний сердечнососудистой системы у детей;
 - хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей;
 - хронических заболеваний билиарной системы у детей;
 - хронических заболеваний мочеполовой системы у детей; - анемий и геморрагических диатезов у детей; - фоновых заболеваний у детей.
- 21. Оказывать неотложную помощь при следующих состояниях:
 - гипертермический синдром;
 - бронхообструктивный синдром;
 - судорожный синдром;
 - синдром крупа;
 - острые аллергические реакции;
 - кровотечение;
 - инородные тела пищевода, дыхательных путей у детей;
 - переломы и повреждения у детей;
 - отравления и укусы ядовитых животных.
- 22. Обеспечить своевременную госпитализацию больных детей с общими признаками опасности и другими признаками тяжелого заболевания.
- 23. Выписать рецепт при различных заболеваниях у детей.