

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

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

Вайсеулова
« 05 » _____ 2025 г.



В.И.Е.
С.А.Зайт

Номер внутриуниверситетской регистрации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.19

(педиатрия)

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

на заседании кафедры педиатрии

Зав. кафедрой (Шайдерова И.Г.)

« 02 » сентября. _____ 2025 г.

Бишкек 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	12
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	12
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	20
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей;

Диагностическая деятельность:

(ПК-5) - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

(ПК-8) - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Организационно-управленческая деятельность:

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланочного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам

изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи, в отделении неотложной соматики.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования ребенка по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Оценка состояния ребенка, сознания, ориентации во времени, в пространстве и в оценке собственного Я. Развитие речи.
3. Оценка физического развития, отклонения от средних значений.
4. Оценка позвоночника, осанки, костно-мышечной системы.
5. Характеристика кожи, придатков кожи, подкожно-жировой клетчатки, семиотика поражений.
6. Описание стигм дисэмбриогенеза.
7. Характеристика носового дыхания, частоты дыхания, голосового дрожания, сравнительной перкуссии органов дыхания, аускультативных данных, семиотика поражений.
8. Оценка верхушечного толчка, пульса, границ сердца, аускультативных данных, семиотика нарушений.
9. Оценка органов брюшной полости. Размеры печени, селезенки. Характеристика функции кишечника. Семиотика нарушений.
10. Характеристика органов мочевого выделения. Семиотика нарушений.
11. Характеристика органов дифференцировки пола. Семиотика поражений.
12. Обоснование предварительного диагноза.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.19 Педиатрия.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После

выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.19. Педиатрия проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - педиатра в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование. Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование детей разных возрастов. Ординатор обосновывает предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые в педиатрической практике;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организует необходимую и адекватную педиатрическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную помощь ребенку;
- Глубоко и профессионально оценивает состояние ребенка и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования новорожденных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных педиатрических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые в педиатрической практике;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организует необходимую и адекватную педиатрическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную помощь ребенку;

- Достаточно хорошо оценивает состояние больного ребенка и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования новорожденных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных педиатрических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения;
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые в педиатрической практике;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную помощь ребенку;
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного ребенка не достаточно привлекает специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования ребенка и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных педиатрических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. **Неудовлетворительно** - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам педиатрии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (первичная реанимация на приеме, купирование боли, различные виды адекватной респираторной поддержки, неотложная помощь при различных видах шока, комах и т. д.) *При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:*

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза.
2. Правильность выбора алгоритма действий.
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики.
4. Правильность назначения тактики лечения.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в различные периоды детства;
- Клиническую анатомию и физиологию органов в различные

периоды детства;

- Методики исследования состояния и функций различных органов ребенка;
- Симптоматологию заболеваний в детском возрасте;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в детском возрасте;
- Клиническую анатомию и физиологию органов в детском возрасте;
- Методики исследования состояния и функций органов детей различных возрастов;
- Симптоматологию заболеваний в детском возрасте;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в детском возрасте;
- Клиническую анатомию и физиологию органов в различные периоды детства;
- Методики исследования состояния и функций различных органов ребенка;
- Симптоматологию заболеваний в детском возрасте;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Педиатрия”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-педиатр” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-педиатр”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию Экзаменационные вопросы

1. Педиатрия. Две основные задачи педиатрии. Экологические факторы риска (климатогеографические, медико-биологические, техногенные, социальные), влияющие на состояние здоровья, заболеваемость и смертность детей.
2. Периодизация детского возраста. Антенатальный период и антенатальная патология (эмбрио- и фетопатии). Понятие о перинатологии.
3. Течение внутриутробного периода. Влияние на плод различных повреждающих факторов. Антенатальная охрана плода.
4. Особенности сбора анамнеза в детском возрасте (генеологического, семейного, акушерского, болезни и жизни). Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка.
5. Период новорожденности. Транзиторные состояния периода новорожденности (физиологические катар, желтуха, шелушение, убыль массы тела, лихорадка, мочекислый инфаркт, половой криз).
6. Доношенный и недоношенный ребенок. Основные показатели доношенности и недоношенности.
7. Методика антропометрических измерений и их оценка. Показатели длины и массы плода в зависимости от срока внутриутробного развития. Доношенные и недоношенные дети. Основные антропометрические показатели.

8. Гипербилирубинемии новорожденных. Классификация неонатальных желтух. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
9. Принципы выхаживания и кормления недоношенных новорожденных. Особенности течения транзиторных и дефицитных состояний.
10. Гемолитическая болезнь новорожденного. Этиопатогенез, классификация, клиника, Современные методы консервативной терапии. Показания к заменному переливанию крови.
11. Угрожаемые состояния плода (гипоксия плода, угроза преждевременных родов). Асфиксия новорожденного ребёнка. Этиопатогенез. Клиника.
12. Первичная реанимация новорожденного (АВСД-реанимация).
13. Родовые травмы ЦНС. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.
14. Внутриутробные инфекции. Источники, пути инфицирования. Основные критерии диагностики. Лечение и профилактики.
15. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Источники инфекции, пути передачи, восприимчивый коллектив.
16. Клиника локализованных гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Основные принципы лечения.
17. Сепсис новорожденных. Пути инфицирования. Этиопатогенез. Классификация и клиническая картина. Лечение.
18. Дифференциальная диагностика эндокринопатий новорожденных. Заболевания щитовидной железы (врожденный гипотиреоз, транзиторные нарушения функции щитовидной железы).
19. Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств ребенка раннего возраста. Врожденные безусловные рефлексы.
20. Развитие психических и статических функций у детей первого года жизни. Влияние среды, режима и воспитания на нервнопсихическое развитие.
21. Преимущества естественного вскармливания и его значение для нормального развития ребенка.
22. Современная концепция рационального питания детей грудного возраста. Лактация. Факторы, влияющие на лактационную способность.
23. Требования к «больнице доброжелательного отношения к ребёнку». Одиннадцать принципов успешного грудного вскармливания.
24. Техника прикладывания ребёнка к груди. Способы определения суточного количества молока, необходимого ребенку. Суточная потребность в

- основных ингредиентах питания и калориях при естественном вскармливании.
25. Затруднения и противопоказания к прикладыванию и кормлению ребенка грудью со стороны матери и ребенка, меры их предупреждения и устранения.
 26. Качественные и количественные отличия зрелого женского молока от коровьего. Соотношение основных ингредиентов в грудном и коровьем молоке.
 27. Недостаточность лактации (гипогалактия). Причины развития гипогалактии у кормящих женщин. Её виды и степень, методы диагностики, профилактики и лечения. Значение сцеживания молока после кормления грудью.
 28. Прикорм. Методика и сроки введения при различных видах вскармливания.
 29. Искусственное вскармливание. Определение понятия. Показания к переводу на искусственное вскармливание. Основные правила искусственного вскармливания.
 30. Смешанное вскармливание. Определение понятия, показания к переводу на смешанное вскармливание. Правила его проведения.
 31. Классификация и характеристика смесей, используемых при смешанном и искусственном вскармливании.
 32. Адаптированные молочные смеси: характеристика, классификация. Основные лечебные смеси. Молочно - кислые смеси, используемые при искусственном вскармливании, их достоинства и недостатки.
 33. Физическое развитие ребенка. Факторы, влияющие на физическое развитие. Законы нарастания массы и длины тела в различные возрастные периоды. Пропорции тела ребенка. Понятие о биологическом возрасте.
 34. Оценка физического развития ребенка. Семиотика нарушений роста и развития. Проблемы акселерации и децелерации.
 35. Анатомо-физиологические особенности и семиотика нервной системы у детей в различные возрастные периоды. Состав ликвора у здоровых детей.
 36. Анатомо - физиологические особенности кожи, подкожножировой клетчатки и лимфатической системы у детей.

37. Методика исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатической системы у детей. Семиотика основных проявлений.
38. Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной систем. Сроки закрытия родничков, появления ядер окостенения, сроки и порядок прорезывания зубов.
39. Методика исследования костной и мышечной систем. Семиотика основных проявлений.
40. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Семиотика основных проявлений.
41. Синдром бронхиальной обструкции. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии.
42. Синдром уплотнения легочной ткани. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии.
43. Синдром патологического расширения бронхов. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии.
44. Синдром острой и хронической легочной недостаточности. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии.
45. Внутритробное кровообращение плода. Переход к внеутробному кровообращению. Механизмы и сроки закрытия эмбриональных путей кровообращения (аранциев проток, овальное окно, артериальный проток).
46. Анатомо-физиологические особенности и семиотика сердечно-сосудистой системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.
47. Границы сердца у детей. Пульс и артериальное давление у детей в различные возрастные периоды.
48. Методика исследования и семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей.
49. Особенности ЭКГ у детей различного возраста. ЭКГ при гипертрофиях различных отделов сердца.
50. Синдромы сердечной аритмии-нарушение функции возбудимости: аритмии, тахикардии, фибрилляции. Клинические и инструментальные диагностические критерии.
51. Синдромы сердечной аритмии-нарушение проводимости. Клинические и инструментальные диагностические критерии.

52. Синдромы поражения эндокарда: стеноз и недостаточность митрального отверстия. Клинические симптомы.
Эхокардиографические и рентгенологические критерии.
53. Синдромы поражения эндокрада: стеноз и недостаточность аортального клапана. Клинические симптомы.
Эхокардиографические и рентгенологические критерии.
54. Синдром поражения миокарда. Клинические симптомы. Лабораторные, ЭКГ и эхокардиографические критерии.
55. Синдром фибринозного поражения перикарда и синдром накопления жидкости в полости перикарда.
56. Синдром тампонады сердца. Клинические симптомы.
Лабораторные, ЭКГ и эхокардиографические критерии.
57. Синдром артериальной гипертензии. Физикальные, лабораторные и инструментальные критерии диагностики. Артериальное давление и методика его определения по ВОЗ.
58. Синдром острой левожелудочковой сердечной недостаточности (сердечная астма и отек легких). Основные клинические признаки, инструментальные методы диагностики.
59. Синдром хронической левожелудочковой сердечной недостаточности. Основные клинические признаки, инструментальные методы диагностики.
60. Синдром хронической правожелудочковой сердечной недостаточности. Основные клинические признаки, инструментальные методы диагностики.
61. Этапы эмбрионального кроветворения у плода
(ангиобластический, печеночный, костномозговой). Особенности состава периферической крови у детей различных возрастных периодов. Семиотика, методы исследования
62. Формула периферической крови у детей в различные возрастные периоды. Методика исследования системы кроветворения.
63. Анатомо-физиологические особенности и семиотика мочевыделительной системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.
64. Методика исследования и семиотика заболеваний мочевой системы у детей. Сбор мочи у детей раннего возраста.
65. Синдромы при патологии почек и мочевыводящих путей: болевой, мочевой синдром. Синдром дизурии. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии диагноза.

66. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Характеристика секреторной и моторной функций желудка. Состав кишечной флоры новорожденного и грудного ребенка в зависимости от вида вскармливания.
67. Методика исследования органов пищеварения у детей. Семиотика основных проявлений. Диагностическое значение осмотра полости рта и зева ребенка.
68. Синдромы дисфагии и пищевода кровотечения. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии диагноза.
69. Синдром желудочной диспепсии. Синдром пептической язвы. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии диагноза.
70. Синдром кишечной диспепсии, мальабсорбции. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии диагноза.
71. Синдром желудочно-кишечного кровотечения. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии диагноза.
72. Синдром гепатомегалии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Клинические и лабораторноинструментальные диагностические критерии диагноза.
73. Синдром воспаления желчного пузыря и желче-выводящих путей. Клинические и лабораторно-инструментальные диагностические критерии диагноза.
74. Лимфоидная система. Основные органы лимфоидной системы и их развитие после рождения. Семиотика. Неспецифические факторы защиты, система комплемента фагоцитов, клеточное и гуморальное звенья иммунитета.
75. Особенности иммунологических реакций в детском возрасте. Активный и пассивный иммунитет. Врожденный и приобретенный иммунитет.
76. Этиология и предрасполагающие факторы развития рахита. Патогенез рахита. Современные представления об обмене кальция и фосфора, метаболизме и значении витамина Д.
77. Классификация рахита. Клинические проявления рахита в различные периоды заболевания.
78. Лечение рахита. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита.
79. Витамин-Д-резистентный и Витамин-Д-зависимый рахиты. Этиопатогенез. Особенности клиники и лечения.

80. Дифференциальная диагностика различных видов рахита (витамин –Д-дефицитного, витамин Д – зависимого и витамин Д- резистентного рахита, синдром Тони – Дебре – Фанкони). Основные критерии диагностики. Лечение. Профилактика.
81. Гипервитаминоз Д: причины развития, клиника, методы профилактики и терапии.
82. Спазмофилия явная скрытая. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Виды и методы профилактики.
83. Железодефицитные анемии у детей. Определение понятия, причины и механизмы развития у детей. Факторы риска развития ЖДА у детей различных возрастных периодов.
84. Классификация железодефицитных анемий. Ведущие клинические синдромы. Значение функциональных и морфологических методов обследования в диагностике синдрома.
85. Методы лечения и профилактики железодефицитных состояний.
86. Пилоростеноз и пилороспазм у детей. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
87. Острые и хронические расстройства питания и пищеварения. Классификация по ВОЗ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
88. Острое расстройство пищеварения у детей. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.
89. Хроническое расстройство питания у детей. Этиопатогенез. Классификация.
90. Клиника различной степени тяжести хронических расстройств питания у детей. Этапы диетотерапии.
91. Аномалии конституции у детей. Основные клинические проявления экссудативного диатеза. Особенности течения соматических и инфекционных заболеваний при диатезе.
92. Аллергический диатез. Основные клинические проявления аллергического диатеза. Особенности течения соматических и инфекционных заболеваний при диатезе.
93. Аллергические заболевания у детей. Атопический дерматит. Аллергия медикаментозная, вакцинальная, пищевая.

94. Лимфатико-гипопластический диатез. Основные клинические проявления лимфатико-гипопластического диатеза. Особенности течения соматических и инфекционных заболеваний при диатезе.
95. Нервно-артритический диатез. Основные клинические проявления нервно-артритического диатеза. Особенности течения соматических и инфекционных заболеваний при диатезе.
96. Дефицитные состояния у детей раннего возраста. Этиопатогенез, клиника, диф.диагностика и коррекция дефицитных состояний.
97. Острые бронхиты. Этиопатогенез. Классификация. Клиника острых бронхитов. Дифференциальная диагностика простого, обструктивного бронхита, бронхиолита. Лечение.
98. Понятие о преморбидных состояниях. Особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (на фоне ЖДА, рахита, аномалий конституции).
99. Острые пневмонии у детей. Классификация пневмоний у детей. Современные данные об этиологии пневмоний.
100. Патогенез острых пневмоний: нарушение внешнего и внутреннего дыхания, нарушение функций нервной системы, сердечно-сосудистой системы, расстройства обмена веществ.
101. Инфекционно-токсический шок при пневмониях. Этапы развития шока. Клинико-лабораторная диагностика.
102. Клиника и лечение осложнений при острых пневмониях у детей (нейротоксикоз, кардиореспираторный синдром, гипертермический).
103. Острые пневмонии у детей. Классификация острых пневмоний. Клиника неосложненных внебольничных пневмоний, лечение, профилактика.
104. Острые осложненные пневмонии. Госпитальные пневмонии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
105. Патогенез, клиника и лечение интерстициальных пневмоний. Меры профилактики.
106. Очаговые и сегментарные пневмонии. Особенности клиники у детей. Диагностика, лечение и профилактика.
107. Крупозные пневмонии. Особенности клиники, диф.диагностика, лечение, профилактика.

108. Патогенез, клиника, осложнения и лечение стафилококковых пневмоний. Меры профилактики.
109. Бронхиальная астма у детей. Морфологические изменения бронхиальной стенки. Современное представление об этиологии и патогенезе заболевания.
110. Классификация бронхиальной астмы в детском возрасте. Клиника приступного периода у детей раннего и старшего возраста.
111. Принципы лечения бронхиальной астмы у детей. Неотложная терапия в приступный период. Понятие о базисной терапии, основные лекарственные препараты.
112. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы с другими заболеваниями органов дыхания (пневмонии, инородные тела трахеи и бронхов, обструктивный бронхит вирусной этиологии).
113. Муковисцидоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
114. Синдром мальабсорбции. Кишечный муковисцидоз. Этиопатогенез, основные клинические проявления, профилактика, лечение. Прогноз.
115. Хроническая патология бронхолегочной системы. Факторы, предрасполагающие к хронизации воспалительного процесса. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Лечение.
116. Врожденные пороки сердца у детей. Этиология, патогенез, классификация. Отличие от приобретенных пороков сердца у детей.
117. Врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения. Клиника, диагностика.
118. Открытый артериальный проток. Особенности клиники, диагностика, лечение.
119. Дефект межжелудочковой перегородки. Особенности клиники, диагностика, лечение.
120. Изолированный стеноз легочной артерии. Клинические проявления, диагностика, лечение.
121. Болезнь Фалло. Варианты порока, клинические проявления, диагностика, лечение.
122. Коарктация аорты. Клинические проявления, диагностика, лечение.
123. Транспозиция магистральных сосудов. Особенности нарушения гемодинамики. Клиника, диагностика.

124. ОРЛ, этиопатогенез, классификация, особенности клиники у детей.
125. ОРЛ, диагностика, принципы лечения, особенности профилактики.
126. Ревматические поражения нервной системы. Малая хорея.
Клинические проявления у детей, диагностика, лечение.
127. Дифференциальная диагностика ревматических и неревматических поражений сердца у детей: заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии), миокардиодистрофий. 123. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) у детей. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами.
128. Синдром воспалительного поражения суставов. Клинические проявления, лабораторные и инструментальные критерии.
129. Синдром дегенеративного поражения суставов. Клинические проявления, лабораторные и инструментальные критерии.
130. Синдром диффузного поражения соединительной ткани. Клинические проявления, лабораторные и инструментальные критерии. Значение морфологических методов обследования в диагностике синдрома.
131. Этиопатогенез и особенности клинического течения ювенильного ревматоидного артрита.
132. Дифференциальная диагностика ревматического и ревматоидного артрита.
133. Схема гемостаза. Классификация геморрагических диатезов.
134. Тромбоцитопеническая пурпура у детей. Этиология, патогенез синдрома кровоточивости. Клинические проявления.
135. Лечение тромбоцитопенической пурпуры. Диспансерное наблюдение. Профилактика рецидивов.
136. Гемофилия «А» у детей. Этиопатогенез. Клиническая картина, осложнения. Диагностика.
137. Дифференциальная диагностика гемофилии А и В.
138. Принципы лечения и диспансерного наблюдения детей с гемофилией. Неотложная терапия при носовых кровотечениях и травмах конечностей.
139. Особенности проведения профилактических прививок у больных гемофилией детей.

140. Дифференциальная диагностика (клиническая и лабораторная) между гемофилией и тромбоцитопенической пурпурой.
141. Геморрагический васкулит: этиопатогенез, классификация. Клинические проявления геморрагического васкулита у детей.
142. Принципы лечения и профилактики геморрагического васкулита.
143. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с геморрагическим синдромом (вазопатии, тромбоцитопатии и тромбоцитопении, коагулопатии, ДВС – синдром).
144. Простая диспепсия у детей. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
145. Клинические проявления хронического гастрита, гастродуоденита в детском возрасте.
146. Клинические проявления язвенной болезни желудка и ДПК у детей. Осложнения.
147. Гепатиты и цирроз печени у детей раннего возраста. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение.
148. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология, патогенез.

149. Клинико-лабораторные признаки (экстраренальные, ренальные) гломерулонефрита у детей.
150. Лечение детей с острым постстрептококковым гломерулонефритом. Прогноз. Меры профилактики.
151. Пиелонефриты у детей. Определение понятия, основные клинические проявления предрасполагающие факторы к развитию.
152. Пиелонефриты у детей. Классификация, клиническая картина. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
153. Пиелонефриты у детей. Лечение в острый период, профилактика рецидивов.

154. Дифференциальный диагноз пиелонефрита и гломерулонефрита в детском возрасте.
155. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез.

Особенности клиники. Диагностика. Исходы. Осложнения. Лечение. Принципы диетотерапии.

156. АФО надпочечников. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность.
157. Гипотериоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
158. Болезни роста, обусловленные дисфункцией соматотропного гормона. Этиопатогенез, клиника, лечение.
159. Аденогенитальный синдром. Этиопатогенез. Клиника, диагностика.
160. Заболевания надпочечников (ОНН, врожденная гипоплазия коры надпочечников). Неотложная терапия ОНН. Нарушение половой дифференцировки (интерсексуализм).
161. Прививочный календарь. Абсолютные и относительные противопоказания к вакцинации. Подготовка и вакцинация детей из «групп риска». Поствакцинальные реакции у детей и их предупреждение..
162. Организация работы детской поликлиники. Функциональные обязанности участкового педиатра.
163. Основные разделы профилактической работы педиатра на участке. Наблюдение за здоровыми новорожденными и детьми 1 года жизни на педиатрическом участке.
164. Диспансерное наблюдение здоровых детей старше года. Подготовка документов к поступлению в дошкольное детское учреждение и школу.
165. Диспансеризация подростков. Противоэпидемические мероприятия в условиях поликлиники и педиатрического участка.
166. Организация и проведение проф. прививок. Календарь прививок. Противопоказания к проведению проф. прививок.
167. Нормальное течение вакцинальных процессов. Осложнения, связанные с проф. прививками, их лечение и профилактика.
168. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими нарушениями питания и рахитом на участке.
169. Диспансерное наблюдение детей с дефицитными анемиями и экссудативным диатезом.
170. Основная медицинская документация педиатрического отделения поликлиник. Организация лечебной работы на участке. Патронаж больных на дому.
171. Диспансеризация детей с бронхиальной астмой.

172. Диспансерное наблюдение детей с хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ЮРА.
173. Диспансерное наблюдение детей с гломерулонефритами и пиелонефритами.
174. Выделение детей в группы риска. Наблюдение за часто болеющими детьми и детьми, перенесшими острую пневмонию, ангину, ОРВИ.
175. Лечение и наблюдение детей с гельминтозами (энтеробиоз, аскаридоз, геминолепидоз).
176. Неотложная терапия приступа бронхиальной астмы и анафилактического шока в условиях педиатрического участка.
177. Неотложная терапия гипертермического и судорожного синдрома на участке.
178. Неотложная терапия при острой надпочечниковой недостаточности и нейротоксикоза у детей в условиях педиатрического участка.
179. Принципы наблюдения и терапии ОРВИ и острых бронхолегочных заболеваний у детей на участке (рекомендации ВОЗ).

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача 1

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

Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая — на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая — на 0,5 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца

несколько приглушены. ЧСС 140 ударов в мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

В ОАК: НЬ — 118 г/л, Эр — $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $6,2 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 20%, э — 3%, л — 68%, м — 8%, СОЭ — 15 мм/час.

Rg грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочный полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Вопросы:

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

Задача 2

Больной К., 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом скорой помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

При осмотре врач скорой помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

В ОАК: НЬ — 134 г/л, Эр — $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы — 2%, п/я — 8%, с — 64%, л — 24%, м — 2%, СОЭ — 22 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
4. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.

Задача 3

Мальчик М., 1 год 1 мес., поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель. Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°C, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС — 160 ударов в мин. Ребенок госпитализирован.

В ОАК: гематокрит — 49%, НЬ — 122 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,8, Лейк $10,8 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 52%, э -1%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 17 мм/час.

ОАМ: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — 0,066‰, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка? 4. Принципы терапии данного заболевания.

Задача 4

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

Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до 37,5°C. На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, «мраморности» кожных покровов, одышки. Назначен ампициллин. Состояние не улучшалось. Ребенка госпитализировали.

При поступлении в больницу масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела 37,9°C. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, «мраморный» рисунок кожи. Частота дыхания 44 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше слева, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 120 ударов в мин. Живот мягкий, распластан, выражена «гаррисонова» борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

ОАК: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $13,6 \times 10^9$ /л, п/я — 10%, с — 58%, л — 22%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

ОАМ: количество — 50,0 мл, относительная плотность — 1,010, слизи — нет, эпителия — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, холестерин — 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 900 ммоль/л (норма — 220-620), кальций — 2,3 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л.

Вопросы:

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

Задача 5

Ребенок 4 лет, заболел 5 дней назад: отмечался подъем температуры тела до 37,5°C, появились слизистые выделения из носа, покашливание без выделения мокроты. Получал лечение «домашними» средствами. Состояние несколько улучшилось, температура снизилась, но на 5-й день заболевания отмечен подъем температуры до 38,6°C, нарастание влажного кашля, учащение дыхания.

Ребенок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 мес, прикорм с 3,5 мес. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенес ветряную оспу и дважды ОРВИ.

При осмотре участковым врачом состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания 40 в 1 минуту. Втяжение межреберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над легкими легочный звук с укорочением слева ниже лопатки. Аускультативно: в легких дыхание жесткое, слева ниже лопатки выслушивается участок ослабленного дыхания, там же — влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС — 128 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под реберного края, селезенка не пальпируется.

ОАК: НЬ — 115 г/л, Лейк — 13,5x10⁹/л, п/я — 7%, с -61%, э — 1%, л — 23%, м — 8%, СОЭ — 20 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких расширены, слева неструктурны, легочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень.

Вопросы:

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

Задача 6

Ребенок 9 месяцев, заболел остро: подъем температуры до 39,5°C, вялость, отказ от еды, слизистые выделения из носа, покашливание.

Ребенок от первой беременности, протекавшей без токсикоза. Роды срочные. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 53 см. Вскармливание естественное до 1 мес, далее — искусственное. С 3 мес. отмечаются опрелости. У матери — пищевая аллергия на белок коровьего молока, куриные яйца.

При осмотре отмечается: бледность, цианоз носогубного треугольника, ЧД 48 в 1 минуту, дыхание слышно на расстоянии. На коже щек яркая гиперемия, шелушение, в естественных складках кожи мокнутие. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, укорочен справа книзу от угла лопатки. С обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы на высоте вдоха. Над зоной укорочения перкуторного звука на высоте вдоха выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧСС — 160 ударов в мин, тоны сердца приглушены. Живот несколько вздут. Печень выступает на 3 см из-под реберного края. Стула не было 1 сутки. Мочится достаточно.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса? 5. Назначьте комплекс терапевтических мероприятий.

Задача 7

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности — без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни отмечались явления экссудативно-катарального диатеза. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

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

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

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинён. ЧД — 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая — на 1 см кнутри от правого края грудины, левая — на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС — 72 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края.

Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

ОАК: НЬ — 118 г/л, Эр $-4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $5,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 48%, э — 14%, л — 29%, м — 8%, СОЭ — 3 мм/час.

ОАМ: количество — 100,0 мл, относительная плотность — 1,016, слизи — нет, лейкоциты — 3-4 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Вопросы:

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

Задача 8

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами.

Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии — бронхиальная астма, у матери — экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД — 32 в 1 минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС — 88 ударов в мин.

ОАК: НЬ — 120 г/л, Эр — $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 51%, э — 8%, л — 28%, м — 10%, СОЭ — 5 мм/час.

ОАМ: количество — 120,0 мл, прозрачность — полная, относительная плотность — 1,018, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Назначьте лечение в данном периоде заболевания?
4. Опишите этапное лечение заболевания.
5. Показана ли аденоидэктомия данному ребенку? Если да, то в каком периоде заболевания?
6. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?

Задача 9

Ребенок 7 месяцев. Девочка от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 52 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании. Прикорм введен с 6 месяцев, адекватный по частоте, густоте, разнообразию продуктов. Отмечается появление аллергических высыпаний при употреблении куриных яиц. Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Настоящее заболевание началось три дня назад, на фоне ОРВИ, которой болен старший ребенок в семье. Начало острое, с подъема температуры до 38°C . На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 62 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса сухих свистящих хрипов над всей поверхностью

легких. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

ОАК: Нв - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 20%, э - 3%, л - 68%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочный полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Вопросы:

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

Задача 10

Мальчик 10 лет, поступил в стационар для обследования с жалобами на одышку, постоянный влажный кашель с мокротой преимущественно отхаркивающейся по утрам «полным ртом». *Анамнез заболевания:* впервые перенес пневмонию в 6 лет, длительно лечился в стационаре, однако и после выписки сохранялись кашель и субфебрильная температура. Каждый год отмечались повторные пневмонии, также протекавшие длительно. В периоды улучшения стойко сохранялся влажный кашель с обильной желтой мокротой, больше по утрам. *Анамнез жизни:* ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов. Развивался с отставанием от сверстников. До года дважды перенес гнойный отит с постоянным гноетечением из уха, развитием микробной экземы. С 5 лет страдает рецидивирующим фурункулезом, рецидивирующим гнойным гайморитом. В 7 лет перенес остеомиелит малоберцовой кости слева. *Наследственность:* отец здоров, у матери гипертоническая болезнь, ожирение.

При осмотре: состояние тяжелое. Мальчик отстает в физическом развитии (соответствует 8-летнему возрасту), пониженного питания, бледен, под глазами синева, цианоз носогубного треугольника. В области правой ушной

раковины и вокруг нее мокнутие. На коже живота и поясничной области многочисленные следы от фурункулов в виде синюшных пятен и рубцов. Отмечается влажный кашель с желтой обильной мокротой. АД 110/60 мм рт.ст. Грудная клетка несколько уплощенная, при дыхании отстают левая половина. Пальцы в виде «барабанных палочек», деформация ногтей по типу «часовых стекол». В покое ЧД 28 в 1 минуту, ЧСС 102 уд/мин. Над легкими при перкуссии звук с коробочным оттенком, слева под углом лопатки и справа в нижних отделах притупление. При аускультации легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, почти исчезающие после откашливания, слева под углом лопатки и справа в нижних отделах стойко выслушиваются крепитирующие хрипы, отмечается оральная крепитация. Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

ОАК: Нв 155 г/л, эр. $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $6,5 \times 10^9$ /л, п/я 4%, с/я 63%, лимф. 26%, эоз. 1%, мон. 6%. СОЭ 17 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки: выраженное затемнение нижнего отдела и медиальной зоны левого легочного поля, деформация сосудистого рисунка в нижне-медиальных отделах справа. Корень легкого справа расширен, слева не дифференцируется. Правый контур сердца и правый купол диафрагмы не прослеживаются.

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

Вопросы:

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

Задача 11

Мальчик Р., 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (противоанемические препараты во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина — 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью «Нан», с 5 месяцев введен прикорм — овсяная и манная каши, творог, с 9 месяцев — овощное пюре, с 11 месяцев — мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в Бишкек обратились к врачу, в ОАК обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

ОАК: НЬ — 85 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,71, Ретик — 1,9%, Лейк — $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микросфероцитоз.

ОАМ: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки — 7,3 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки — 87,9 мкмоль/л, свободный гемоглобин — не определяется.

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.

2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
4. Показано ли переливание крови и/или ее отдельных компонентов при данном заболевании?

Задача 12

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

Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направила ребенка в стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — II межреберье, левая — по левой средне-ключичной линии, правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

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

ОАМ: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций ионизированный — 0,6 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л, АлТ — 23 Ед/л, АсТ — 19 Ед/л.

Вопросы:

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

Задача 13

Ребенку 5 месяцев, от I беременности, протекавшей благополучно, роды в срок, ВПР – 3600 гр., РПР – 50 см., закричал сразу, после чего был приложен к груди, пуповинный остаток отпал на 7-й день жизни, выписан из роддома на 3-й день. До 2-х мес. находился на естественном вскармливании, затем переведен на смешанное вскармливание и с 3-х мес. – на искусственном вскармливании (цельное коровье молоко). Соки начал получать с 2-х мес., с 4-х мес. – манную кашу. В весе прибавлял ежемесячно в среднем по 800 г. и к 5 мес., масса тела составляла 8200 г. Психомоторное развитие соответствует возрасту. До настоящего возраста ничем не болел. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В 1 мес. мать заметила появление опрелостей в паховых и подмышечных областях, которые, несмотря на тщательный уход, не исчезали. В 2 мес. появились жирные корочки на волосистой части головы. С переводом на полное искусственное вскармливание появилась краснота на щеках, которая вскоре перешла в мокнущую разлитую гиперемию с образованием корочек, на туловище – частые зудящие высыпания. В 4 мес. все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон – поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожно-жировой слой развит избыточно,

дряблый. Мышечный тонус снижен, кожа лица гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корочками. На коже туловища расчесы. Язык географический. Из носа - непостоянные серозные выделения. На шее, в паховых областях прощупываются эластичные, подвижные лимфатические узлы величиной с «горошину». Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см., край закругленный, плотноватый, стул нормальный.

ОАК: Нв – 118 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10,6 \times 10^9/л$, п – 2%, с – 28%, л – 56%, э – 8%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/ч.

ОАМ: единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток.

ВОПРОСЫ:

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

Задача 14

Ребенку 3 месяца, жалобы на плохую прибавку массы тела, вялость. Мальчик от 1-й беременности (матери 40 лет), протекавшей на фоне гипертонической болезни и фетоплацентарной недостаточности I ст., родился на 32-й неделе, с массой 2200 гр. Поздно приложен к груди. В возрасте 1 мес. переведен на искусственное вскармливание в соответствии с рекомендациями педиатра. Аппетит снижен, сосет грудь вяло.

На момент осмотра вес 3200 гр. Отмечается выраженная бледность и сухость кожных покровов. Тургор тканей снижен, мышечный тонус снижен, ребенок лежит в разгибательной позе. Раздражителен, на осмотр реагирует негативно. Выраженное истощение подкожно-жировой клетчатки: треугольное лицо, «рот воробья», кожные покровы сморщенные, кожная складка расправляется медленно. Голову не удерживает, взгляд фиксирует кратковременно. Язык розового цвета. Атрофированы сосочки языка. Над легкими пуэрильное дыхание. На верхушке сердца выслушивается непостоянный короткий систолический шум. Печень и селезенка на 3 см. выступают из-под реберных дуг.

ОАК: Нв – 78 г/л, эр. – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретикулоциты – 18 ‰, ЦП – 0,72, Лейк. – $9,0 \times 10^9$ /л, п – 2%, с – 28%, э – 2%, л – 60%, м – 8%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимические анализы: Fe – 9 мкмоль/л, ОЖСС (общая железосвязывающая способность сыворотки крови) – 80 мкмоль/л **Вопросы:**

1. Какое заболевание следует заподозрить у ребенка?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Назовите основные этиологические факторы заболевания.
4. Ваша тактика в составлении режима кормления.
5. Медикаментозная терапия.

Задача 15

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Задача 16

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

При осмотре: кожа бледная, чистая, повышенной влажности. Тургор тканей снижен. Большой родничок 2,5×2,5 см, края податливые. Выражены лобные и теменные бугры, затылок уплощен, там же – участок облысения. Пальпируются реберные «чётки», прослеживается Гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез не нарушены.

ОАК: Нв – 118 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10,6 \times 10^9/л$, п – 2%, с – 28%, л – 56%, э – 8%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/ч.

ОАМ: единичные лейкоциты и единичные эпителиальные клетки в поле зрения, эритроцитов нет. **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

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

Задача 17

Мальчик 3х месяцев поступил в стационар с жалобами матери на беспокойство и отказ ребенка от еды, появление рвоты, жидкого стула.

Анамнез заболевания: со 2-ой недели жизни ребенок с профилактической целью получает витамин D – по одной капле масляного раствора (Видехол) ежедневно, а с 2-х месяцев – по 5 кап витамина D.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, осложненной гестозом. Роды на 36 нед гестации, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2500 г, длина 46 см. Со 2-го месяца жизни находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями «Малютка» и «Агуша».

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, сопорозное состояние. Кожа бледная, выражен «мраморный рисунок», симптом «белого пятна». Кожа и слизистые оболочки сухие. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, выражена мышечная гипотония. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 36/мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС 170 уд/мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий. Диурез снижен. Масса тела при поступлении 3500 г.

ОАК: Нв - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ -15 мм/час.

ОАМ: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного. *Проба Сулковича:* ++++

Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 2,8 ммоль/л, фосфор — 1,8 ммоль/л, АлТ — 23 Ед/л, АсТ — 19 Ед/л.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова этиология данного состояния у ребенка?
3. Тактика лечения (алгоритм ведения в стационаре).
4. Назовите поздние осложнения заболевания.

Задача 18

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

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

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

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

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте основной и сопутствующий диагнозы.

2. Стандарт обследования для подтверждения (верификации) диагноза.

3. Основные причины развития заболевания. Каковы механизмы развития систолического шума?

4. Назначьте лечение.

Задача 19

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

ОАК: Нв – 117 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,0 \times 10^9$ /л, эоз – 3%, п – 1%, с-34%, лимф. – 55%, м – 7%, СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимические анализы: активность щелочной фосфатазы 680 ЕД/л, содержание лимонной кислоты – 24 ммоль/л, аминоацидоурия – 30 мг/кг/сут. Фосфор – 0,53 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова этиология заболевания у данного ребенка?
3. Тактика лечения ребенка: основные группы препаратов, дозы, длительность курсов.
4. Назовите клиничко-лабораторные критерии эффективности терапии.

5. Современные методы профилактики заболевания (с помощью лекарственных препаратов и других методов профилактики).

Задача 20

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

Объективно: ребенок вялый, бледный, апатичный, имеет избыточный вес. Лицо одутловатое. Тургор снижен. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы I-II размера – плотноватые, безболезненные, подвижные. Дышит ртом, носовое дыхание затруднено из-за аденоидных разрастаний в носоглотке. Сердечные тоны приглушены, умеренная тахикардия, на верхушке систолический шум функционального характера. Определяется увеличение печени и селезенки соответственно на 2,0 и 1,0 см.

ОАК: Нв – 128 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10,0 \times 10^9/л$, эоз – 3%, п – 1%, с – 34%, лимф. – 48%, м – 14%, СОЭ – 12 мм/ч.

Выявлено некоторое снижение продукции 17-кето, 17оксикортикостероидов, а так же адреналина.

На рентгенограмме органов грудной клетки определяется тимомегалия II степени. Тень сердца в форме «капли», гипоплазия дуги аорты.

Ребенок был направлен на операцию удаления аденоидных вегетаций, во время которой развилось коллаптоидное состояние не связанное с кровотечением. После неотложных лечебных мероприятий состояние ребенка значительно улучшилось.

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Вопросы:

1. О каком заболевании свидетельствует статус ребенка?
2. Дайте оценку лабораторным и инструментальным методам исследования.
3. Почему перенесенные заболевания имели тяжелое течение?
4. Почему во время операции развился коллапс?

5. Какие необходимо принимать меры по предупреждению развития коллапса у таких детей?

Задача 21

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

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 гarrisонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные.

ОАК: Нв – 120 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $10,0 \times 10^9$ /л, эоз – 3%, п – 1%, с – 30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

В ионограмме отмечено снижение уровня кальция.

Вопросы:

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

Задача 23

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

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

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

Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8550,0 г. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

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

Вопросы:

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

Задача 24

Ребенку 7 месяцев. Он бледен, плохо держит голову, не сидит, выражена резкая гипотония, разболтанность суставов, заторможенность, потливость с кисловатым запахом. Мальчик находится на искусственном вскармливании,

но в последнее время очень плохо кушает. Прикорм не введен. При осмотре кожные покровы бледные, волосы тусклые, отмечается ломкость ногтей, белые пятна на ногтях. Выраженный краниотабес, затылок резко уплощен, выраженный симптом «лягушачий живот». Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боковых сторон («куриная грудь»), выражен грудной кифоз. Отмечается одышка, тахикардия, тоны сердца приглушены. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка – на 2-3 см, плотноватой консистенции. Стул дважды в сутки кашицеобразный, желтый. Диурез не нарушен.

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

Биохимические анализы: активность щелочной фосфатазы 480 ЕД/л, содержание лимонной кислоты – 24 ммоль/л, аминокацидурия – 30 мг/кг/сут. Фосфор – 0,53 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте указанный клинический диагноз, подкрепив лабораторными исследованиями;
3. Патогенез данного заболевания;
4. Назначьте лечение данному пациенту.

Задача 25

Ребенку 4 месяца, родился в ноябре-месяце. Мальчик от 1 беременности, родители молоды и здоровы, беременность протекала благополучно, роды срочные, самостоятельные. Закричал и был приложен к груди сразу. Период новорожденности протекал благополучно. Он беспокоен, пуглив, раздражителен; отмечается потливость, особенно во сне и при кормлении, наиболее сильно потеет лицо и волосистая часть головы. Ребенок беспрерывно трет голову о подушку. Появилось облысение затылка. Часто капризничает, вздрагивает, особенно при засыпании, сон беспокойный. При осмотре: усилен красный дермографизм, отмечается нерезко выраженная податливость краев большого родничка (размеры 3,0 x 3,0 см) и костей черепа по ходу стреловидного шва, а так же легкое уплощение костей затылка.

ОАК: Нв – 120 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10,0 \times 10^9/л$, эоз – 3%, п – 1%, с – 30%, лимф. – 60%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

В сыворотке крови: активность щелочной фосфатазы 650 ЕД/л, содержание лимонной кислоты – 42 ммоль/л, аминоацидоурия – 28 мг/кг в сутки. *Ионограмма:* Фосфор - 0,7 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Вопросы:

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

Задача 26

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

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

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

Вопросы:

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

Задача 27

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

Анамнез заболевания: впервые одышка и цианоз кожи и слизистых оболочек появились в возрасте 6 мес, при кормлении. Затем стали отмечаться гипоксические приступы, частота, продолжительность и тяжесть которых с возрастом нарастали. Приступы возникают после небольшой физической или эмоциональной нагрузки, иногда в состоянии покоя, купируются в стационаре. В течение последних 3х месяцев приступы участились до 1-2 раз в неделю.

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

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

ОАК: Нь 90 г/л, эр. $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, лейкоц. $5,0 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 32%, лимф. 55%, эоз. 2%, мон. 9%. СОЭ 2 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Неотложная помощь в стационаре: название и дозы препаратов, контроль эффективности проводимой терапии.
5. Тактика дальнейшего ведения ребенка после купирования приступа: сроки хирургической коррекции, медикаментозная терапия, группы используемых препаратов, контроль эффективности.

Задача 28

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение без направления.

Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан, пошел в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении: состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю фудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность

уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

ОАК: Но — 120 г/л, Эр $-4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк $-4,5 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 46%, э — 2%, л — 48%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

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

Вопросы:

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

Задача 29

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

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на

спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. ЧСС – 100 ударов в мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

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

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

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

Вопросы:

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

Задача 30

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

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

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

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

ЭКГ: признаки увеличения правого желудочка.

Вопросы:

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

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

1. Укажите факторы, не влияющие на состояние здоровья ребенка
 - 1) наличие хронических заболеваний и уровень основных функций организма
 - 2) резистентность организма
 - 3) уровень физического и нервно-психического развития
 - 4) наличие отклонений в раннем возрасте
 - 5) принадлежность к определенному полу, национальности

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

- 1) внутриутробный этап
- 2) период новорожденности
- 3) период молочных зубов
- 4) дошкольный период

5) младший и старший школьный периоды

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

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

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

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

5. 5-ти месячного ребенка следует купать:

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

6. Пик физиологической убыли массы у новорожденных наблюдается на:

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

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

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

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

- 1) 4600
- 2) 5300
- 3) 5400
- 4) 6000
- 5) 4000

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

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

10. Кожа новорожденных не характеризуется:

- 1) богата водой
- 2) покрыта толстым слоем творожистой смазки
- 3) морфологической зрелостью
- 4) отличается повышенной резорбционной способностью
- 5) имеется недостаточность местного иммунитета

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

- 1) 2-е

- 2) 6-е
- 3) 7-е
- 4) 8-е
- 5) 9-е

12. Поднадкостничные переломы у детей объясняются:

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

13. Формула подсчета молочных зубов:

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

14. Анатомическое закрытие артериального протока происходит у большинства детей:

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

15. Формула систолического АД у детей после года:

- 1) $70+2p$
- 2) $80+2p$
- 3) $90+2p$

4) 100+2п

5) 102+2п

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

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

17. При дыхательной недостаточности 2 степени отмечается:

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

18. Предрасположенность к ложному крупу у детей обусловлена:

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

19. Особенностью легочной ткани новорожденного являются все, кроме :

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

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

- 1) верхняя 2) средняя
- 3) нижняя
- 4) язычковая
- 5) все доли

21. Аускультативно при сухом перикардите у детей отмечается:

- 1) мягкий, нежный, систолический шум на верхушке
- 2) грубый, дующий, систолический шум на верхушке
- 3) скребущий, систолический шум по левому краю грудины, напоминающий «хруст снега», «скрип подошвы»
- 4) диастолический шум на верхушке
- 5) систолический шум во 2 межреберье справа

22. Качественными особенностями костномозгового кроветворения у детей не является:

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

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

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

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

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

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

- 1) резко замедлена
- 2) ускорена
- 3) одинаковая для всех периодов детства
- 4) такая же как у взрослых
- 5) выше 10 мм час

26. Начало плазменного свертывания крови – это активация :

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

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

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

28. Главная функция тромбоцитов - это:

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

29. Непатологические изменения со стороны почек в периоде новорожденности:

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

30. Скрытые отеки выявляют при проведении:

- 1) пробы Мак-Клюра- Олдрича
- 2) пробы Зимницкого
- 3) пробы на сухоедение
- 4) пробы Нечипоренко
- 5) измерении диуреза

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

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

32. Легкое травмирование слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни связано с:

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

33. У детей раннего возраста пищевод относительно:

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

34. У новорожденных кардиальный сфинктер желудка развит:

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

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

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

36. Первое прикладывание абсолютно здорового ребенка к груди рекомендуется:

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

37. Жирные кислоты женского молока богаты всем, кроме:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

42. Лучшим способом грудного кормления является прикладывание к груди:

- 1) через каждые 3 часа
- 2) 5 раз в день
- 3) 6 раз в день
- 4) 7 раз
- 5) по требованию ребенка

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

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

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

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

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

2) если ребенок находится на грудном вскармливании, то:

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

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

45. Ребенку 1 год 5 месяцев укажите правильное меню:

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

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

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

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

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

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

5) псевдофурункулез

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

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

48. Сепсис развивается преимущественно:

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

49. Для улучшения общего состояния при сепсисе проводится:

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

50. Лечение сепсиса направлено на:

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

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

- 1) частота дыхания
- 2) сердцебиение
- 3) состояние живота
- 4) окраска кожи
- 5) тонус мышц

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

- 1) аппаратном искусственном дыхании
- 2) дыхании “изо рта в рот”
- 3) отсасывании содержимого полости рта и носоглотки
- 4) непрямом массаже сердца
- 5) внутрисердечном введении адреналина.

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

- 1) симптомы поражения с возрастом уменьшаются
- 2) симптомы поражения с возрастом нарастают
- 3) симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения
- 4) симптомы поражения носят неспецифический характер

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

- 1) желтуха при рождении и уровень непрямого билирубина в пуповинной крови - 68 ммоль/л и выше
- 2) анемическая форма ГБН
- 3) почасовой прирост непрямого билирубина у доношенных новорожденных - 5, 13 ммоль/л и выше

- 4) высокий титр антител во время беременности у матери, снижение Нв, эритробластоз, ретикулез, резко положительная проба Кумбса у ребенка после рождения
- 5) уровень непрямого билирубина в пуповинной крови - 34 мкмоль/л

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

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

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

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

57. 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 года, по 1 месяцу трехкратно

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

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

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

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

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

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

61. К клиническим формам спазмофилии относятся все, кроме:

- 1) латентная,
- 2) ларингоспазм,
- 3) карпопедальный спазм, 4) эclamптическая форма,
- 5) отечная форма.

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

- 1) рвота

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

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

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

64. Возможные исходы экссудативно-катарального диатеза:

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

65. Ведущее значение в патогенезе развития нервноартритического диатеза не имеет:

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

66. Поражение кожи и слизистых оболочек при нервноартритическом диатезе характеризуется всем, кроме:

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

67.В синдром обменных нарушений при нервноартритическом диатезе не входит:

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

68. При стандартном отклонении веса -1CO не назначаются:

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

69. Постнатальная тяжелой степени нарушение питания может быть вызвана следующими эндогенными факторами, кроме:

- 1) аномалией конституции
- 2) иммунодефицитным состоянием
- 3) пороками развития внутренних органов
- 4) синдромом мальабсорбции
- 5) гипогалактией

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

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

71. Простая диспепсия обусловлена всем, кроме:

- 1) вирусной инфекции
- 2) нарушение всасывания воды и электролитов
- 3) снижением слизиобразующей функции кишечника
- 4) низкой рН желудочного сока
- 5) несоответствием объема и состава пищи физиологическим возможностям ребенка

72. При простой диспепсии у ребенка не отмечается:

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

73. Для стафилококковой деструктивной пневмонии не характерны:

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

74. При бронхиолите не назначают:

- 1) увлажненный кислород
- 2) эуфиллин

- 3) антибиотики
- 4) преднизолон
- 5) кодеин

75. Основные лабораторные данные при острой пневмонии включают

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

76. В развитии аллергических реакций выделяют иммунологическую, патохимическую и патофизиологическую стадии. Иммунологическая стадия характеризуется:

- 1) взаимодействием аллергических антител или сенсibilизированных лимфоцитов с причинно-значимыми аллергенами
- 2) высвобождением продуктов аллергического воспаления
- 3) возникновением клинических признаков болезни

77. Предвестниками приступа бронхиальной астмы не являются:

- 1) серозные или водянистые выделения из носа
- 2) чихание, зуд в носу, покашливание
- 3) боли в грудной клетке
- 4) субфебрильная температура
- 5) кашель со скудной мокротой

78. Нехарактерные клинические проявления ревматической хореи:

- 1) судорожный синдром
- 2) гипотония мышц
- 3) нарушение эмоциональной сферы
- 4) гиперкинезы

5) нарушение координационных проб

79. Длительность круглогодичной бициллино-профилактики при ревматизме без поражения клапанов сердца составляет:

- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) 5 лет
- 4) не показана
- 5) 10 лет

80. Особенности поражения суставов при ревматизме включает все, кроме:

- 1) полиартрит
- 2) моноартрит
- 3) летучий характер болей
- 4) поражение средних и крупных суставов
- 5) отсутствие деформации суставов

81. Характеристика шумов при врожденных пороках сердца

:

- 1) грубые систолические
- 2) нежные систолические
- 3) диастолические
- 4) пресистолические
- 5) шумы не характерны

82. Основное лечение врожденных пороков сердца:

- 1) консервативное
- 2) хирургическое
- 3) антибиотикотерапия
- 4) гормонотерапия
- 5) физиолечение

83. Обеднение малого круга кровообращения отмечается при:

- 1) коарктации аорты
- 2) открытом овальном окне
- 3) стенозе легочной артерии
- 4) открытом артериальном протоке
- 5) болезни Толочинова-Роже

84. Основная функция тромбоцитов:

- 1) ангиотрофическая
- 2) коагуляционная
- 3) активируют фактор Хагельмана
- 4) способствуют спазму сосудов
- 5) участвуют в ретракции кровяного сгустка

85. Критический уровень тромбоцитов в отношении развития кровотечения ($\text{в} \cdot 10^9 / \text{л}$)

- 1) 30
- 2) 50
- 3) 150
- 4) 20
- 5) 100

86. Основными клиническими проявлениями тромбоцитопении являются все перечисленные, кроме:

- 1) пурпура несимметричная
- 2) полиморфная геморрагическая сыпь
- 3) "леопардовая" "шкура"
- 4) положительные эндотелиальные пробы
- 5) крупная "звездчатая" геморрагическая сыпь

87. Провоцирующими факторами для гломерулонефрита не могут стать:

- 1) профилактические прививки
- 2) введение сыворотки
- 3) охлаждение
- 4) психическая травма
- 5) аллергия

88. К проявлениям мочевого синдрома при остром гломерулонефрите не относятся:

- 1) цилиндрурия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) олигоурия
- 4) гематурия
- 5) протеинурия

89. Осложнениями тяжелого гломерулонефрита не являются:

- 1) эклампсия
- 2) острая почечная недостаточность
- 3) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- 4) поликистоз почек
- 5) ацидоз

90. Отеки при гломерулонефритах не обусловлены:

- 1) гипопроteinемией
- 2) падением клубочковой фильтрации
- 3) микротромбозом капилляров клубочков
- 4) ацидозом
- 5) гиперхолестеринемией

91. Для острого повреждения почек не характерны:

- 1) отеки и асцит

- 2) гипертония
- 3) увеличение клиренса креатинина
- 4) спленомегалия
- 5) гипернатриемия

92. При хронической болезни почек не отмечается:

- 1) уменьшение клубочковой фильтрации
- 2) уменьшение канальцевого кровотока
- 3) увеличение онкотического давления крови
- 4) увеличение клиренса мочевины

93. Для установления окончательного диагноза пиелонефрита излишним является:

- 1) общий анализ мочи
- 2) урография
- 3) УЗИ почек
- 4) функциональные обследования почек
- 5) определение сахара в моче

94. Пиелонефрит не вызывается:

- 1) кишечной палочкой
- 2) золотистым стафилококком
- 3) протеем
- 4) менингококками
- 5) смешанной инфекцией

95. Острая надпочечниковая недостаточность не возникает при:

- 1) тяжелой вирусной инфекции
- 2) тяжелой форме сепсиса
- 3) рахите
- 4) повреждении самого надпочечника (родовые травмы, асфиксия)

5) резком прекращении курса лечения кортикостероидами

96. Острая надпочечниковая недостаточность клинически не проявляется:

- 1) эксикозом
- 2) явлениями сосудистого коллапса
- 3) адинамией
- 4) мраморным оттенком кожи
- 5) гиперемией кожи

97. Лечение острой надпочечниковой недостаточности необходимо начинать с:

- 1) немедленного парентерального введения глюкокортикостероидов в повышенных дозах
- 2) введения пенициллина
- 3) внутривенного введения витамина "Е"
- 4) применение витамина D
- 5) применение тиреоидина

98. Клинически хроническая надпочечниковая недостаточность не проявляется:

- 1) адинамией
- 2) гипотонией
- 3) черепно-лицевыми дизостозами
- 4) меланодермией
- 5) потерей массы

99. При хронической надпочечниковой недостаточности больной не должен получать поддерживающие дозы:

- 1) глюкокортикоидов
- 2) минералокортикоидов
- 3) диету с повышенным содержанием поваренной соли

- 4) большие дозы аскорбиновой кислоты
- 5) тиреоидин

100. Назовите исследование, которое наиболее достоверно подтверждает диагноз врожденной дисфункции коры надпочечников:

- 1) определение 17-оксипрогестерона, кортизола
- 2) исследования глазного дна
- 3) определение холестерина в сыворотке крови
- 4) определение калия, натрия, хлора в сыворотке крови
- 5) исследование полового хроматина

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Детские болезни. Под ред. Н.П. Шабалова. В 2-х тт., 6-ое изд. СПб.: Питер, 2011.
2. Детские болезни. Под ред. Н.Н. Володина, Ю.Г. Мухиной. В 2-х тт. Т.2. Гастроэнтерология. М.: Династия, 2011.
3. Детские болезни. Под ред. Н.Н. Володина, Ю.Г. Мухиной. В 2-х тт. Т.1. Нефрология. М.: Династия, 2011.
4. Детское питание. Руководство для врачей. Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М.: МИА, 2009.
5. Избранные лекции по педиатрии. Под ред. А.А. Баранова, Р.Р. Шиляева, Б.С. Каганова. М.: Династия, 2005.
6. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. М.: Медпрактика-М, 2005.
7. Неонатология. Под ред. Н.П. Шабалова: в 2х тт. 5-е изд., доп. и перераб. СПб.: Спец. Лит, 2009.
8. Карманный справочник. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста. ВОЗ. 2016.

9. Практическое руководство по детским болезням. Под ред. В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева (многотомное продолжающее издание). М.: Медпрактика, 2003—2012 гг. (рекомендовано учебно-методической комиссией МЗ РФ в качестве учебного пособия для системы последиplomного образования).
10. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Рук-во для врачей в 2х тт. Под общей ред. А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной. М.: Литтерра, 2007—2008.

Дополнительная литература

1. Боконбаева С.Дж., Счастливая Т.Д, Сушанло Х.М. и др. Пропедевтика детских болезней. Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов. 2011.
2. Оценка физического развития детей первых 5-ти лет жизни. (Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими», Бишкек, 2009.
3. Консультируйте мать (по питанию, уходу в целях развития, как давать жидкость, когда вернуться и консультации по ее здоровью). ВОЗ и ЮНИСЕФ, 2003.
4. Мамырбаева Т.Т., Нажимидинова Г.Т. Здоровье и развитие детей первых 5-ти лет жизни: питание, уход, физическое развитие и профилактика микронутриентной недостаточности.. Бишкек, - 2011.-
5. Детская неврология. Бадалян Л.О. М.2010.
6. Болезни нервной системы. Руководство для врачей./Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р.Штульмана, П.В.Мельничука. М.2002.
7. Детские инфекционные болезни. Кузьменко Л.Г., Овсянников.Д.Ю., Киселева Н.М. Учебное пособие для врачей и студентов. М. «Академия».2009.
8. Поликлиническая педиатрия. Учебник для вузов, под ред. проф. А.С.Калмыковой. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа». – 2008.
9. Первичная профилактика в практике участкового педиатра. Учебное пособие. Боконбаева С.Дж., Минич Л.Н., Афанасенко Г.П., Под ред. проф. С.Д. Боконбаевой. – Бишкек: КРСУ, 2012.

10. Современная неотложная помощь при критических состояниях детей. Практическое руководство/ под ред. К. Макуэйля-Джонсона, Э. Молинеукс и соавт.; пкр. С англ.; под общ. ред проф. Н.П. Шабалова.- М.: МЕДпресс-информ, 2009.
11. Национальное руководство по детской хирургии-под ред.Ю.Ф.Исакова. М.: Медицина 2009г.
12. Гигиена детей и подростков. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие. Под ред. Кучмы В.Р. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012:
13. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: справочник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
14. Клиническая фармакология в педиатрии. В.П.Булатов, Т.П.Макарова, И.П. Черезова. Феникс.М.2006.
15. Частная патологическая анатомия. О.В.Зайратьянц. М.2007.
16. Патологическая физиология. А.В.Рубцовенко. М.2006.
17. Клиническая дерматовенерология в 2 т. // Под ред. Скрипкина Ю. К., Бутова Ю. С. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. Т.1.
18. Возрастная биохимия Учебное пособие для медицинских вузов (под редакцией Л.А.Даниловой).- СПб.- Сотис.-2007.-152с.
19. Анализы. Полный справочник (под ред. д.м.н. Ю.Ю.Елисеева- Эсмо.2008.
20. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. - Душанбе, 2004.
21. Бакланова В.Ф., Филиппкин М.А. Рентгенодиагностика в педиатрии. Руководство для врачей в 2-х томах. Медицина. 2008.

***Рекомендуемые периодические медицинские
специализированные издания:***

- 1) Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского
- 2) Вопросы современной педиатрии
- 3) Российский вестник перинатологии и педиатрии
- 4) Педиатрическая фармакология

- 5) Вопросы практической педиатрии
- 6) Российский медицинский журнал
- 7) Российский педиатрический журнал
- 8) Consilium Medicum

Программное обеспечение и Интернет – ресурсы:

- 1) Информационно-поисковые системы: **Medline, PubMed, Web of Science**
- 2) Доступ к базам данных **POLPRED**
- 3) Библиотека РНИМУ им. Н.И. Пирогова в режиме Online 4) Электронная библиотека медвузов «Консультант студента»: www.studmedlib.ru 5) Российская национальная электронная библиотека (РУНЭБ): www.elibrary.ru
- 6) Правовая база «Консультант-Плюс».
- 7) Депозитарий

Учебные пособия и монографии, подготовленные кафедрой педиатрии КРСУ

1. Клиническое исследование здорового и больного ребенка. Учебное пособие. Под ред. проф. С. Дж. Боконбаевой. Бишкек: КРСУ, 2008. 208 с. с иллюстрациями.
2. Пропедевтика детских болезней. Учебник. Бишкек. КРСУ. 2011, 258 с.
3. Учебное пособие для итоговой государственной аттестации выпускников педиатрического отделения медицинского факультета КРСУ по специальности 14 00 09 «Педиатрия» С. Дж. Боконбаева и др. Бишкек: изд-во КРСУ, 2010 - 260 с.
4. Рациональное вскармливание детей раннего возраста. Учебное пособие. Под ред. проф. С. Дж. Боконбаевой 2005.

Учебные компьютерные программы, электронные материалы:

- «Педиатрия» MedShow (демонстрация детей с различными заболеваниями)

- Программа расчета инфузионной терапии для новорожденных □
«Методика обследования новорожденного ребенка - CD диск» □
«Детская гастроэнтерология» □ Эхокардиография.
- Эзофагогастродуоденоскопия
- Ультразвуковое исследование органов пищеварения
- «Формирование сердца. Пороки сердца. Гемодинамические нарушения.

ЭхоКГ, аускультативная симптоматика»

- «Hard sounds» (звуковые явления сердца с инструментальными данными).

Видеофильмы

- «Первичная реанимация новорожденных» (видео, DVD)
- Эмбриоскопия (видео, DVD)
- Вскармливание «Мама лучше» (видео, DVD)
- Обструктивный синдром
- Материал по ИВБДВ (видео)
- Методика обследования органов дыхания, пищеварения и методика обследования новорожденного ребенка (видео).

Кафедра педиатрии КРСУ располагает набором лекций презентацией по пропедевтике, неонатологии, патологии детей раннего и старшего возраста и фотографиями детей с различной патологией.