

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 26.06.2024 12:24:13
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

13 июня 2024г., протокол УМС №5

Педиатрия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Детских болезней**
Учебный план о310819-Педиат-24-1.plx
31.08.19 Педиатрия

Форма обучения **очная**
Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936
в том числе:
аудиторные занятия 464
самостоятельная работа 409
часов на контроль 63

Виды контроля в семестрах:
экзамены 1, 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	уп	рп	уп	рп		
Неделя	16 3/6		14 2/6			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп	уп	рп
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	208	208	208	208	416	416
Итого ауд.	240	240	224	224	464	464
Контактная работа	240	240	224	224	464	464
Сам. работа	228	228	181	181	409	409
Часы на контроль	36	36	27	27	63	63
Итого	504	504	432	432	936	936

Программу составил(и):
к.м.н., доцент, Тепляков А.А.

Рабочая программа дисциплины
Педиатрия

разработана в соответствии с ФГОС:
Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 г. № 9.

составлена на основании учебного плана:
31.08.19 Педиатрия
утверждено УМС МИ от 25.04.2024 г. протокол № 6
утвержденного учебно-методическим советом вуза от 13.06.2024 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Детских болезней

Протокол от 03.04.2024 г. № 10
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Тепляков А.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

- | | |
|-----|---|
| 1.1 | Формирование квалифицированного специалиста-педиатра и организатора медицинской помощи детям и подросткам в условиях амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев медицинской службы. В соответствии с требованиями специальности врач должен овладеть в ординатуре определенным комплексом общих и специальных знаний и умений, соответствующих квалификационной характеристике специалиста «педиатр». |
|-----|---|

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.О
--------------------	------

2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:

- | | |
|-------|--|
| 2.1.1 | Клиническая фармакология |
| 2.1.2 | Медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях |
| 2.1.3 | Общественное здоровье и здравоохранение |
| 2.1.4 | Патология |
| 2.1.5 | Педагогика |
| 2.1.6 | Социально - психологические основы профессиональной деятельности |

2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:

- | | |
|-------|--|
| 2.2.1 | Аллергология и иммунология |
| 2.2.2 | Функциональная диагностика в педиатрии |
| 2.2.3 | Детские инфекции |
| 2.2.4 | Неонатология |
| 2.2.5 | Неотложные состояния в педиатрии |

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-4.1. Обладает готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ОПК-4.2. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и проводит физикальное исследование. ОПК-4.3. Направляет на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

ОПК-4.4. Направляет пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

ОПК-4.5. Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).

ОПК-4.6. Осуществляет обеспечение безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников.

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

ОПК-5.2. Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

ОПК-5.3. Назначает немедикаментозную терапию пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-7.1. Осуществляет работу по проведению медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических.

ОПК-7.2. Осуществляет проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.

ОПК-7.3. Осуществляет подготовку медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-9.1. Осуществляет составление плана и отчета о своей работе.

ОПК-9.2. Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа

ПК-1. Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи по профилю "педиатрия".

ПК-1.1. Осуществляет проведение обследования детей, в условиях первичного звена, при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста с целью постановки диагноза.

ПК-1.2. Осуществляет назначение лечения, в условиях первичного звена, пациентам при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста, контроль его эффективности и безопасности.

ПК-2. Способен к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю "педиатрия". ПК-2.1.

Осуществляет проведение специализированного обследования детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса.

ПК-2.2. Осуществляет назначение лечения детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста, контроль его эффективности и безопасности.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1 Знать:	
3.1.1	– Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
3.1.2	– общие вопросы организации педиатрической помощи в Российской Федерации и работы больнично - поликлинических учреждений, родильного дома, детских дошкольных учреждений, школы, дома ребенка, детского дома, детского санатория, пункта неотложной помощи, станции скорой помощи и др. учреждений, связанных с обслуживанием детей;
3.1.3	– правила выдачи справок и листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в соответствии с действующей инструкцией;
3.1.4	– принципы диспансеризации здоровых детей и подростков, распределения детей по группам здоровья и группам "риска"; вопросы диспансеризации больных детей и профилактики хронических форм заболеваний;
3.1.5	– вопросы организации и задачи гигиенического обучения и воспитания детей; вопросы санпросветработы с родителями и детьми;
3.1.6	– санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья детей,
3.1.7	– противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
3.1.8	– анатомо-физиологические особенности организма плода и ребенка;
3.1.9	– взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию;
3.1.10	– физиологическое развитие детей в различные возрастные периоды;
3.1.11	– принципы рационального (сбалансированного) вскармливания и питания детей;
3.1.12	– основные вопросы патофизиологии, биохимии, иммунологии, генетики и других общемедицинских проблем; показатели гомеостаза в норме и патологии;
3.1.13	– основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса, возможные типы их нарушений и принципы коррекции;
3.1.14	– физиологию и патофизиологию системы кроветворения; кровообращения, дыхания, пищеварения и др.;
3.1.15	– современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний;
3.1.16	– современную классификацию, клиническую симптоматику основных заболеваний и пограничных состояний детского возраста, этиологию и патогенез соматических и инфекционных заболеваний;
3.1.17	– современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний;
3.1.18	– основы фармакотерапии детского возраста; механизм действия основных групп лекарственных веществ; показания и противопоказания к их применению;
3.1.19	– осложнения, вызванные их применением;
3.1.20	– диетотерапию при различных видах патологии; основы фитотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля в детском возрасте;
3.1.21	– принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации в амбулаторных условиях и в стационаре;
3.1.22	– вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения при различных заболеваниях, санаторно-курортное лечение;
3.1.23	– принципы организации медицинской службы гражданской обороны;
3.1.24	– формы планирования и отчетности своей работы; основы трудового законодательства;
3.1.25	– правила по охране труда и пожарной безопасности;
3.1.26	– санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения.
3.2 Уметь:	
3.2.1	– Оценивать физическое и нервно-психическое развитие ребенка, школьную зрелость. Рассчитывать содержание и калорийность основных ингредиентов пищи в суточном рационе ребенка любого возраста.
3.2.2	– Оценивать детей по принадлежности к группам здоровья, дает рекомендации по воспитанию и вскармливанию, выделяет детей группы риска.
3.2.3	– Получать информацию о здоровом и больном ребенке.
3.2.4	– Выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.
3.2.5	– Выполнять перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.
3.2.6	– Организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции. Оформляет и направляет в учреждение Роспотребнадзора экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания.

3.2.7	– В установленном порядке повышать профессиональную квалификацию.
3.2.8	– Организовать и контролировать работу среднего медицинского персонала.
3.2.9	– Вести необходимую медицинскую документацию.
3.2.10	– Составлять план своей работы, отчет о работе педиатрического участка (отделения) за год и проводить анализ этой работы.
3.2.11	– Проводить анализ детской смертности на участке, анализ эффективности диспансеризации.
3.2.12	– Организовать стационар на дому.
3.2.13	– Осуществлять пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний. Организовать и проводить иммунопрофилактику у детей.
3.2.14	– Разрабатывать и выполнять индивидуальные программы реабилитации детей

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Неонатология					

1.1	<p>1. Организация медицинского обслуживания новорожденных детей. Особенности течения адаптационного периода у недоношенных и маловесных детей. (8 часа)</p> <p>2. Становление биоценоза кишечника в неонатальном периоде. Нарушения микрофлоры кишечника. (6 часа)</p> <p>3. Особенности обмена билирубина в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. (2 часа)</p> <p>4. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. (2 часа)</p> <p>5. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клиники гипоксии и родовой травмы у недоношенных детей. (2 часа)</p> <p>6. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. (2 часа)</p> <p>7. Дифференциальный диагноз геморрагического синдрома у новорожденных детей. Интенсивная терапия. (4 часа)</p> <p>8. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. (2 часа)</p> <p>9. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного. Диагно-стика, дифференциальная диагностика, принципы лечения. (4 часа)</p> <p>10. Физиология и патология детей, рожденных раньше срока. Дифференцирован-ные программы выхаживания недоношенных и маловесных детей. (2 часа)</p> <p>11. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде. (2 часа)</p> <p>12. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции. (2 часа)</p> <p>/Пр/</p>	1	38	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л1.8 Л1.9 Л1.13Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
1.2	/Лек/	1	0	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	

1.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/	1	30	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
	Раздел 2. Патология детей раннего возраста					

2.1	<p>1. Аномалии конституции. Аллергический диатез, экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический диатезы (4 часа)</p> <p>2 Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья. Национальная программа оптимизации питания детей. Белково-энергетическая недостаточность, паратрофия, гиповитаминозы. (4 часа)</p> <p>3. Физическое и нервно-психическое развитие детей. (4 часа)</p> <p>4. Рахит, рахитоподобные заболевания. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия. Неотложная помощь. (2 часа)</p> <p>5. Анемии. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика. (2 часа)</p> <p>6. Геморрагические диатезы. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью. Лейкозы и гипопластические анемии у детей раннего возраста. (4 часа)</p> <p>7. Заболевания дыхательной системы. Острые респираторные заболевания. Лечение, профилактика. Реабилитация часто и длительно болеющих детей. аригнотрахеит, обструктивный бронхит и бронхиолит. Пневмонии. Бронхиальная астма у детей раннего возраста. Дыхательная недостаточность. БЛД. Наследственно обусловленные заболевания легких. (4 часов)</p> <p>8. Атопические заболевания у детей. Атопический дерматит младенческая форма. Респираторные аллергии. (4 часа)</p> <p>9. Особенности эндокринной патологии у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Врожденная дисфункция коры надпочечников. (4 часа)</p> <p>10. Наследственные заболевания. Аминоацидопатии. Дислиппротеинемии. Нарушения обмена пуринов. Диагностика, скрининговые методы, лечение. (4 часа)</p> <p>/Пр/</p>	1	48	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6 Л1.8 Л1.9 Л1.12 Л1.13 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
-----	--	---	----	--	--	--

2.2	1. Физическое и нервно-психическое развитие детей. (2 часа) 2 Рахит, рахитоподобные заболевания. (2 часа) 3. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Пилороспазм, пилоростеноз. Гастроэнтероколиты различной этиологии. Лактазная недостаточность. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Запоры. (2 часа) /Лек/	1	8	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
2.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/	1	40	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
Раздел 3. Гематология, онкология						
3.1	1. Гемолитические анемии (мембрано-, ферменто-, гемоглинопатии). Микроангиопати-ческие гемолитические анемии (синдром Гассера, Мошковица). Гипопластические анемии и нейтропении. (1 час) 2. Геморрагические заболевания у детей и подростков. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Коагулопатии (гемофилия, болезнь Виллебранда). Геморрагический васкулит. ДВС-синдром. (2 часа) 3. Гемобластозы. Острые лейкозы у детей и подростков. Диагностика. Общие принципы терапии. 4. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз. (1 час) /Лек/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	

3.2	<p>5. Гемобластозы. Острые лейкозы у детей и подростков. Диагно-стика. Общие принципы терапии. (4 часа)</p> <p>6. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клини-ко-гематологическая картина. Диагностика, прогноз. (6 часа)</p> <p>7. Неходжжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения. (4 часа)</p> <p>8. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитомы, медуллобластома). Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения. (4 часа)</p> <p>9. Солидные опухоли. Клиника. Диагностика. Принципы лечения, химиотерапия. (2 часа)</p> <p>10. Опухоли Вильмса. Диагностика, принципы лечения. (4 часа)</p> <p>11. Остеосаркома, Рабдомиосаркома.. Диагностика, принципы ле-чения (4 часа)</p> <p>/Пр/</p>	1	42	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
3.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/</p>	1	44	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
Раздел 4. Интенсивная терапия и реанимация						
4.1	<p>1. Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков. Особенности реанимации новорожденных. (4 часа)</p> <p>2. Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств, гнойно-септических заболеваниях, геморрагическом синдроме. (4 часа)</p> <p>/Лек/</p>	1	8	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.2 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	

4.2	<p>1. Организация и структура службы реанимации в педиатрии. Работа реанимационного отделения. Отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных. Выездная детская реанимационная бригада. (6 часа)</p> <p>2. Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков. Особенности реанимации новорожденных. (6 часа)</p> <p>3. Интенсивная терапия дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, коматозных, лихорадочных состояний. (4 часа)</p> <p>Гипербарическая оксигенация. Экстракорпоральные методы детоксикации (2 часа)</p> <p>4. Интенсивная терапия судорожных состояний у детей. ИВЛ. (4 часа)</p> <p>5. Интенсивная терапия острых экзогенных отравлений у детей и подростков. Активные методы детоксикации. (4 часа)</p> <p>6. Отравление лекарственными препаратами, средствами бытовой химии, угарным газом. (4 часа)</p> <p>7. Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств, гнойно-септических заболеваниях. (4 часа)</p> <p>8. Интенсивная терапия при геморрагическом синдроме. (4 часа)</p> <p>9. Принципы парентерального питания. Коррекция нарушений водно-электролитного обмена у детей и подростков, принципы инфузионной терапии. (4 часа) /Пр/</p>	1	42	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.2 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
4.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/</p>	1	43	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
Раздел 5. Гастроэнтерология						

5.1	<p>1. Острый и хронический гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Неотложная помощь при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона (4 часа)</p> <p>2. Патология печени и желчевыводящих путей у детей и подростков. Заболевания поджелудочной железы. (4 часа)</p> <p>3. Воспалительные заболевания кишечника у детей (4 часа). /Лек/</p>	1	12	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
5.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/	1	35	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
5.3	<p>1. Острый и хронический гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Неотложная помощь при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта. (8 часов)</p> <p>2. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз. (6 часов)</p> <p>3. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение. (6 часов)</p> <p>4. Изменения нормальной микрофлоры кишечника у детей и подростков. Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика. (2 часа). Паразитарные инвазии желудочно-кишечного тракта. (4 часа)</p> <p>5. Патология печени и желчевыводящих путей у детей и подростков. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией. Печеночная недостаточность. Портальная гипертензия. (6 часов).</p> <p>6. Заболевания поджелудочной железы. Этиология, Классификация панкреатитов. Лечение и профилактика. (6 часов) /Пр/</p>	1	38	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	

	Раздел 6. Экзамен				
6.1	/Контр.раб./	1	36	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34
6.2	/Экзамен/	1	36		
	Раздел 7. Поликлиническая и неотложная педиатрия, инфекции				
7.1	1. Основные задачи педиатрической службы скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе в поликлинике, детских образовательных учреждениях (ДОУ), домах ребенка в свете реализации программ приоритетного национального проекта «Здоровье». Методы реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе. Синдром внезапной смерти. Группы риска. (1 час) 4. Диспансеризация детей и подростков с хроническими заболеваниями. Организация работы дневных стационаров в условиях поликлиники. Работа врача педиатра центра здоровья. (1 час) /Лек/	2	2	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6 Л1.11Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34
7.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/	2	40	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6 Л1.11Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34

7.3	<p>1. Основные задачи педиатрической службы скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе в поликлинике, детских образовательных учреждениях (ДОУ), домах ребенка в свете реализации программ приоритетного национального проекта «Здоровье». Методы реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе. Синдром внезапной смерти. Группы риска. (5 часов)</p> <p>2. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности, острой недостаточности кровообращения, при нарушениях функции ЦНС. (5 часов)</p> <p>3. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при неотложных состояниях, обусловленных несчастными случаями у детей и подростков, при травматическом и ожоговом шоке. (5 часов)</p> <p>4. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых гемолитических и геморрагических состояниях, генерализованных аллергических синдромах, острых инфекционных заболеваниях у детей и подростков. (5 часов)</p> <p>5. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний. Календарь профилактических прививок. Патология поствакцинального периода. Вакцинальные реакции и осложнения. Лечение поствакцинальной патологии. Правовые основы вакцинопрофилактики. Вакцинация детей особых групп (частоболеющих, с аллергическими заболеваниями, патологией нервной системы). (5 часов)</p> <p>6. Принципы организации медицинской помощи новорожденным на педиатрическом участке. Организация питания новорожденных и детей раннего возраста. (5 часов)</p> <p>7. Основные направления борьбы с инфекционными заболеваниями в условиях поликлиники. Работа в очагах острых инфекционных заболеваний. Ранняя диагностика и профилактика туберкулеза. Организация наблюдения за инфекционными больными на дому. (5 часов)</p> <p>8. Диспансеризация детей и подростков с хроническими заболеваниями. Организация работы дневных стационаров в условиях поликлиники. Работа врача педиатра центра здоровья. (5 часов)</p> <p>9. Организация работы детских оздоровительных учреждений. Питание детей в ДДУ и школах. Физическое воспитание и медицинский контроль за его проведением. 2</p>	2	60	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6 Л1.11 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
-----	--	---	----	--	---	--

	<p>Восстановительная и санаторно-курортная помощь детям и подросткам. (5 часов)</p> <p>10. Вопросы статистики и планирования в педиатрической службе и оценка показателей деятельности медицинского учреждения. (5 часов)</p> <p>11. Организация медицинской помощи подросткам в амбулаторно-поликлинических условиях. Формирование здорового образа жизни у подростков. Организация работы подростковых кабинетов. (5 часов)</p> <p>12. Содержание работы врача отделения оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях. Виды медицинского контроля. Медицинский контроль в период адаптации. Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных и специальных школ. (5 часов)</p> <p>/Пр/ /Пр/</p>					
	Раздел 8. Нефрология					
8.1	<p>. Инфекционно-воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей у детей и подростков. Пиелонефрит. Циститы. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Современные принципы лечения. Асимптоматическая бактериурия. Пороки развития почек и мочевыводящих путей (2 часа)</p> <p>2. Острая и хроническая почечная недостаточность у детей и подростков. Причины. Клиника. (2 часа)</p> <p>/Лек/</p>	2	4	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	

8.2	<p>1. Основы организации детской нефрологической службы. Основные синдромы и современные методы исследования в нефрологии. (6 часов)</p> <p>2. Заболевания органов мочевыводящей системы у детей раннего возраста. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Почечные дисплазии у детей. (6 часов)</p> <p>3. Дисметаболические тубулопатии у детей и подростков. Мочекаменная болезнь. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения. (6 часов)</p> <p>4. Гломерулонефрит. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика отдельных форм гломерулонефрита и с другими заболеваниями почек. Особенности течения у подростков. (6 часов)</p> <p>5. Инфекционно-воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей у детей и подростков. Пиелонефрит. Лечение. Профилактика. Циститы. Особенности течения у подростков. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Современные принципы лечения. Асимптоматическая бактериурия. (6 часов)</p> <p>6. Острая и хроническая почечная недостаточность (Хроническая болезнь почек) у детей и подростков. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Уремическая кома. Показания к проведению гемодиализа. Проблемы трансплантации почек. (6 часов)</p> <p>/Пр/</p>	2	36	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
8.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/</p>	2	40	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
Раздел 9. Эндокринология						

9.1	1.Сахарный диабет. Особенности клиники в детском и подростковом возрасте. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы инсулинотерапии (2 часа). /Лек/	2	2	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
9.2	1. Сахарный диабет. Особенности клиники в детском и подростковом возрасте. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы инсулинотерапии. Школа больного сахарным диабетом. Самоконтрль сахарного диабета. Осложнения. Коматозные состояния при сахарном диабете. Неотложная помощь при комах. (6 часов) приобретенный гипотиреоз. Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз. Тиреоидиты. Тиреотоксикоз. Эутиреоидный зоб. (4 часа) 3. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Неонатальный скрининг. Неотложная помощь при острой надпочечниковой недостаточности. Опухоли надпочечников. (4 часа) 4. Патология паращитовидных желез. Гипер- и гипопаратиреоз. Клиническая диагностика, лечение. (4 часа) 5. Ожирение. Дифференциальный диагноз различных форм ожирения. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. (4 часа) 6. Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. Исследование соматотропной функции гипофиза. Несахарный диабет. Гормо-нально-активные опухоли у детей. (4 часа) /Пр/	2	28	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	

9.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов литературного обзора /Ср/	2	13	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
	Раздел 10. Кардиология и ревматология					
10.1	/Лек/	2	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК- 1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	

10.2	<p>1. Структура, принципы организации и основные задачи кардиологической помощи детям. Методы современного обследования ребенка с патологией сердечно-сосудистой системы. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Экстрасистолия. Атриовентрикулярная блокада. Мерцательная аритмия. Пароксизмальная тахикардия. Клиническая картина. Лечение. Прогноз. (4 часа)</p> <p>2. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии. Классификация. Критерии диагностики. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация. (2 часа)</p> <p>3. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Предрасполагающие факторы. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Значение определения вегетативного статуса. Особенности вегетативного статуса в подростковом возрасте. Лекарственные пробы, показания для их применения. Неотложная помощь при вегетативных кризах. Функциональные кардиопатии (пролапс митрального клапана, ST-T нарушения, феномен WPW, атриовентрикулярные блокады). Диагностика, терапия, прогноз. (4 часа)</p> <p>4. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Артериальные гипотензии. Клинические проявления. Лечение. (4 часа)</p> <p>5. Кардиты у детей и подростков (инфекционный эндокардит, перикадит). Этиология. Классификация. Клиническая диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. (2 часа)</p> <p>6. Врожденные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация. (4 часа)</p> <p>7. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.</p>	2	32	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
------	--	---	----	--	---	--

	<p>Реабилитация. (4 часа) 8. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Дерматомиозит. Склеродермия. Ювенильный ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. (4 часа) /Пр/ /Пр/</p>					
10.3	<p>Подготовка к практическим занятиям, литературного обзора /Ср/</p>	2	40	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
	Раздел 11. Пульмонология и аллергология					
11.1	<p>Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. (1 час) 2. Острые пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Плевриты у детей и подростков. (2 часа) 3. Бронхиальная астма у детей и подростков (1 час) /Лек/</p>	2	4	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.3 Л1.6 Л1.7 Л1.10Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	

11.2	<p>1. Структура, принципы организации и основные задачи кардиологической помощи детям. Методы современного обследования ребенка с патологией сердечно-сосудистой системы. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Экстрасистолия. Атриовентрикулярная блокада. Мерцательная аритмия. Пароксизмальная тахикардия. Клиническая картина. Лечение. Прогноз. (4 часа)</p> <p>2. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии. Классификация. Критерии диагностики. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация. (2 часа)</p> <p>3. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Предрасполагающие факторы. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Значение определения вегетативного статуса. Особенности вегетативного статуса в подростковом возрасте. Лекарственные пробы, показания для их применения. Неотложная помощь при вегетативных кризах. Функциональные кардиопатии (пролапс митрального клапана, ST-T нарушения, феномен WPW, атриовентрикулярные блокады). Диагностика, терапия, прогноз. (4 часа)</p> <p>4. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Артериальные гипотензии. Клинические проявления. Лечение. (4 часа)</p> <p>5. Кардиты у детей и подростков (инфекционный эндокардит, перикадит). Этиология. Классификация. Клиническая диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. (2 часа)</p> <p>6. Врожденные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация. (4 часа)</p> <p>7. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.</p>	2	52	<p>ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2</p>	<p>Л1.1 Л1.3 Л1.6 Л1.7 Л1.10Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34</p>	
------	--	---	----	--	---	--

	Реабилитация. (4 часа) 8. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Дерматомиозит. Склеродермия. Ювенильный ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. (4 часа) /Пр/					
11.3	Подготовка к практическим занятиям, литературного обзора /Ср/	2	48	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.3 Л1.6 Л1.7 Л1.10Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	
Раздел 12. Экзамен						
12.1	/Экзамен/	2	27	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-7.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-9.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24 Э25 Э26 Э27 Э28 Э30 Э31 Э32 Э33 Э34	

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Кильдиярова Р.Р.	Детские болезни: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.html	2
Л1.2	Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф.	Неотложная помощь детям на догоспитальном этапе: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2020, http://znanium.com/catalog/document?id=347133	1
Л1.3	Чемоданов В.В., Шниткова Е.В., Краснова Е.Е.	Критерии диагностики инфекционно-воспалительных и аллергических бронхолегочных заболеваний у детей: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463949.html	1
Л1.4	Дедов И.И., Петеркова В.А., Малиевский О.А., Ширяева Т.Ю.	Детская эндокринология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html	2
Л1.5	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: В 2 частях. Часть 1	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2022, http://znanium.com/catalog/document?id=389679	1
Л1.6	Акашкина Е.Ю., Балашова Е.А.	Педиатрия: именные симптомы и синдромы: Практическое пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2021, http://znanium.com/catalog/document?id=369919	1
Л1.7	Мачарадзе Д. Ш.	Пищевая аллергия у детей и взрослых: клиника, диагностика, лечение	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	6
Л1.8	Шабалов Н. П.	Неонатология. В двух томах. Т. 1: учебное пособие для образовательных учреждений, реализующих образовательные программы высшего образования по специальности "Педиатрия"	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	10
Л1.9	Шабалов Н. П.	Неонатология. В двух томах. Т. 2: учебное пособие для образовательных учреждений, реализующих образовательные программы высшего образования по специальности "Педиатрия"	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	10
Л1.10	Шишиморов И. Н., Пономарева Ю. В., Магницкая О. В., Перминов А. А.	Алгоритмы диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов, врачей клинических специальностей	Волгоград: ВолгГМУ, 2022, https://e.lanbook.com/book/295826	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.11	Анохин В. А., Хасанова Г. Р., Николаева И. В., Назарова О. А., Халиуллина С. В., Фаткуллина Г. Р., Хаертынов Х. С., Сабитова А. М., Мальшева Л. М.	Особенности инфекционных заболеваний у детей: учебник для вузов	Москва: Юрайт, 2023, https://urait.ru/bcode/519616	1
Л1.12	Кильдиярова Р.Р.	Клинические нормы. Педиатрия: справочник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471944.html	1
Л1.13	Акашкина Е.Ю., Балашова Е.А., Балыкова Л.А., Верещагина В.С., Гаранин А.А., Гуменюк О.И., Мазур Л.И., Нечаев В.Н., Панина О.С., Печкуров Д.В., Порецкова Г.Ю., Раздолькина Т.И., Спиваковская А.Ю., Спиваковский Ю.М., Тяжева А.А., Черненко Ю.В., Эйберман А.С.	Педиатрия: именные симптомы и синдромы: Практическое пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2024, https://znanium.com/catalog/document?id=439168	1

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Калмыкова А.С.	Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457917.html	2
Л2.2	Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И.	Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html	2
Л2.3	Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф., Легонькова Т.И.	Физикальное обследование ребенка: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463758.html	2
Л2.4	Папаян Е. Г., Ежова О. Л.	Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций	Санкт-Петербург: Лань, 2022, https://e.lanbook.com/book/197573	1
Л2.5	Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И.	Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлению подготовки 31.05.02	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021	15
Л2.6	Кильдиярова Р. Р.	Детские болезни: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.7	Малюжинская Н. В., Полякова О. В., Большакова О. В.	Хронические расстройства питания у детей раннего возраста: учебное пособие	Волгоград: ВолгГМУ, 2022, https://e.lanbook.com/book/295850	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.1	Морозов Д.А., Пименова Е.С.	Острый аппендицит у детей: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465479.html	2
ЛЗ.2	Колбин А.С.	Клиническая фармакология для педиатров: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465820.html	2
ЛЗ.3	Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф.	Неотложная помощь детям на догоспитальном этапе: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно- издательский центр ИНФРА-М", 2020, http://znanium.com/catalog/document?id=347133	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»			
Э2	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э3	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова			
Э4	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)			
Э5	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)			
Э6	http://www.pulmonology.ru/ (российское респираторное общество)			
Э7	http://www.rusmedserv.com (Русский медицинский сервер)			
Э8	http://www.medlinks.ru (Вся медицина в Интернет)			
Э9	http://www.medinfo.ru (Медицинская поисковая система для специалистов и пациентов)			
Э10	http://www.webmedinfo.ru/index.php (Медицинский проект WebMedInfo)			
Э11	http://www.iacmac.ru/rus/all/bibl.shtml			
Э12	http://www.pcweek.ru/themes/detail.php?ID=118409			
Э13	http://www.znanium.com/ (коллекция электронных версий изданий (книг, журналов, статей и т.д.))			
Э14	http://primo.nl.ru/primo_library (Коллекции Электронных изданий Российской национальной			
Э15	http://www.elibrary.ru (Научная электронная библиотека)			
Э16	А.С. Калмыкова. Поликлиническая и неотложная педиатрия URL: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426487.html			
Э17	Под ред. И.Ю. Мельниковой. Детские болезни			
Э18	Р. Р. Кильдиярова. Детские болезни. URL: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429488.html			
Э19	Н.П. Шабалов Неонатология URL: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970437940.html			
Э20	Журнал "Педиатрия" им.Сперанского			
Э21	Журнал "Вопросы современной педиатрии"			
Э22	Журнал "Педиатрическая фармакология"			
Э23	Журнал "Вопросы практической педиатрии"			
Э24	Журнал "Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии"			
Э25	Журнал "Российский педиатрический журнал"			
Э26	Журнал "Сибирский медицинский журнал"			
Э27	Журнал "Вестник СурГУ.Медицина"			
Э28	Журнал "Здравоохранение Российской Федерации"			

Э29	Журнал "Пульмонология"
Э30	Журнал "Кардиология"
Э31	Журнал "Патологическая физиология и экспериментальная терапия"
Э32	Журнал "Архив патологии"
Э33	Журнал "Вестник РАМН"
Э34	Журнал "Вестник новых медицинских технологий"
6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	«Гарант», «Консультант плюс», «Консультант-регион»

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	1. Учебные комнаты кафедры детских болезней (детский корпус Сургутской городской клинической больницы) с оборудованием:
7.2	- проектор,
7.3	- ноутбук,
7.4	- фотоаппарат,
7.5	- персональные компьютеры.
7.6	2. Педиатрическое отделение №1, №2 (детский корпус Сургутской городской клинической больницы)
7.7	3. Клинические лаборатории и диагностические отделения Сургутской городской клинической больницы
7.8	4. Сургутская клиническая городская поликлиника №1, №2, №5
7.9	5. Симуляционный класс «Педиатрия» оснащён фантомами, муляжами детей разного возраста, симуляторами новорожденного, грудного ребёнка и подростка с компьютерными программами различных неотложных ситуаций
7.10	6. Анатомический зал СурГУ
7.11	7. Электронно-библиотечная система СурГУ и электронная информационно-образовательная среда.

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Педиатрия

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**Раздел 1. Неонатология.****Фронтальный опрос: (перечень вопросов).**

1. Основные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации
2. в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения
3. Основные демографические показатели, характеризующие здоровье детей.
4. Адаптация детей в условиях Севера.
5. Врачебная деонтология в практике педиатра.
6. Новорожденный ребенок, признаки недоношенности и незрелости.
7. Особенности адаптации новорожденных к внеутробным условиям, основные адаптационные синдромы.
8. Конъюгационные желтухи: этиология, патогенез, клиника, лечение.
9. Гемолитические желтухи: этиология, патогенез, клиника, лечение.
10. Холестатические желтухи: этиология, патогенез, клиника, лечение.
11. Естественное вскармливание, его значение для правильного развития ребенка.
12. Показания для коррекции питания. Прикормы, сроки их введения, характеристика.
13. Искусственное и смешанное вскармливание, характеристика смесей и их классификация.
14. Физическое и нервно-психическое развитие детей. Критерии оценки физического развития. Законы нарастания массы и роста у детей.
15. Хронические расстройства питания (дистрофии) у детей. Этиопатогенез, основные клинические проявления, принципы лечения и профилактика
16. Паратрофии: этиология, патогенез, клинические проявления, особенности диспансерного наблюдения.
17. Гиповитаминозы. Причины, клиника, диагностика, коррекция, профилактика.
18. Роль микробной флоры в процессах кишечного пищеварения.

Ситуационные задачи**Задача 1.**

Роды I преждевременные в 30 недель гестации. Масса тела 1400 гр.

Аntenатальная профилактика РДС глюкокортикоидами не проводилась. На пятой минуте после рождения отмечается тахипноэ с раздувание крыльев носа, западение податливых мест грудной клетки. После поступления в отделение реанимации дышит самостоятельно через назальные канюли с помощью системы СРАР. ЧД 76 в мин. Без кислорода синест.

На R-грамме легких умеренное снижение пневмотизации, воздушная «бронхограмма». Тень сердца не расширена.

В анализе крови через 6 часов после рождения: концентрация лейкоцитов $18.000 \times 10^9/\text{л}$, Нв - 160 г/л, миел - 3 %, п/яд - 8%, сег - 48%, лим - 36%, мон - 6%. СРБ 0.6 мг/л,

Задание

1. О каком заболевании идет речь
2. Дифференциальный диагноз
3. Оцените результаты лабораторных анализов.

4. Какие дополнительные исследования можно рекомендовать.
5. Каковы преимущества профилактического применения сурфактанта

Задача 2

Роды II преждевременные в 33 недели гестации. Масса тела 2450 гр. Закричал сразу. После рождения в течение часа нарастают симптомы дыхательной недостаточности. Интубация. ИВЛ. Введен искусственный сурфактант эндотрахеально.

На R-грамме легких выражено снижение пневмотизации, контуры средостения дифференцируются слабо. Тень сердца расширена в поперечнике за счет левых отделов.

У матери во время беременности отмечались эпизоды гиперкликемии. У ребенка подкожно-жировой слой развит избыточно, лануго. Кожа багрово-цианотичная, акроцианоз, признаки незрелости.

В анализах крови: Hb - 198 г/л Эр 5.2 x 10. Лейкоциты 14 тыс, п/яд - 8 %, сег - 51 %, лим - 23%, мон - 5 %. СРБ через 12 часов 0.5 мг/л.

Биохимия крови: общий белок - 46 г/л, билирубин - 86 мкг/л за счет непрямого, мочевины - 6 ммоль/л, глюкоза крови 2,2 - 3.6 ммоль/л на 1-е сутки на фоне проводимой инфузионной терапии.

Задание

1. О каком заболевании идет речь.
2. Этиология и патогенез данного заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
4. Назовите характерные особенности у детей от матерей с гестационным сахарным диабетом. Оцените антропометрические данные ребенка
5. Оцените уровень глюкозы крови.
6. Какие дополнительные исследования вы назначите.

Задача 3

Роды II преждевременные в 36 недель. Апгар 6/7 баллов. Масса тела 2500 гр. Закричал сразу, крик слабый, дыхание с втяжением межреберных промежутков, тахипноэ. Дыхание самостоятельное через назальные канюли с помощью системы СРАР. На вторые сутки на фоне угнетения ЦНС эпизод апноэ. Плохо «держит» тепло. Живот вздут, усилена венозная сеть на передней брюшной стенке. По желудочному зонду отходит кишечное содержимое. В динамике нарастает тахикардия, гиперкапния. Интубация, ИВЛ. На фоне снижения АД проводится инфузионная терапия, назначены инотропные препараты. Кожа бледная, акроцианоз. Синдром белого пятна более 4 сек. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 180 в мин. Дыхание ослаблено, проводится симметрично, крипитирующие хрипы на высоте вдоха. Олигурия.

Печень + 3.0 см, селезенка до 1.5 мм

В анализе крови: Лейкоциты 6 тыс. Hb - 130 г/л, миел - 6 %, п/яд - 18 %, сег - 36 %, лим - 22 %, мон - 14 %, тромб 120 тыс. СРБ 38 мг/л

В анализах КЩС - субкомпенсированный метаболический ацидоз.

Биохимия крови: общий белок - 42 г/л, билирубин - 120 мкг/л за счет непрямого, мочевины - 8 ммоль/л, сахар крови 8.6 ммоль/л. АЛТ - 56 МЕ/л, АСТ - 98 МЕ/л

В анамнезе матери гипертермия 38,5 в родах, признаки хориоамнионита.

До назначения антибактериальной терапии взят посев крови.

Через 96 часов получена положительная гемокультура. Выделен стрептококк группы В

Задание

1. О каком заболевании идет речь
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
3. Основные методы лечения
4. Дополнительные методы исследования.
5. Методы профилактики интранатальной инфекции плода.
6. Какова роль отдельных возбудителей в этиологии ранней инфекции

Задача 4

Девочка в возрасте 26 дней поступила в отделение новорожденных с жалобами матери на частые срыгивания, рвоту, жидкий стул.

В анамнезе матери 2 беременности. Первый ребенок умер в возрасте 2-х месяцев с диагнозом: цирроз печени, энтероколит. Настоящая беременность протекала с токсикозом. У матери непереносимость молока. Роды в срок. Вес при рождении 3800 гр, длина 55 см.

Желтуха появилась на 3-и сутки, в динамике сохраняется желтушность кожи и склер.

С 3-й недели жизни появилась рвота, учащенный стул. В весе с рождения прибавила 300 гр.

При поступлении в стационар состояние тяжелое за счет симптомов угнетения ЦНС (гипотония, гипорефлексия). Кожа иктеричная с сероватым оттенком. Акроцианоз. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 152 в минуту. Живот вздут, усилена венозная сеть на передней брюшной стенке. Печень плотной консистенции, выступает из под края реберной дуги до 4 см, селезенка до 1.5 см.

В анализах крови: Hb - 120 г/л Эр 3.3 x 10, лейкоциты 16 тыс., п/яд - 4 %, сег -28 %, лим - 60%, мон -8 %. Ретикулоциты - 2%. СРБ 0.5 мг/л.

Биохимия крови: общий белок - 42 г/л, билирубин общий 146 мкг/л, 82 - непрямой, 64 мкмоль/л - прямой. Мочевина - 6 ммоль/л, глюкоза крови 3.4 ммоль/л. АЛТ - 96 МЕ/л, АСТ - 134 МЕ/л. Коагулограмма: снижено протромбиновое время и ЧТВ.

Посев кала на кишечную группу: отрицательный

ПЦР диагностика на внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегалия, цитоплазмоз) отрицательно.

Консультация окулиста: двухсторонняя катаракта.

Задание

1. О каком заболевании идет речь?
2. Патогенез заболевания.
3. Анализ результатов исследования печени.
4. Методы диагностики.
5. Лечение.
6. Прогноз
7. При каких заболеваниях встречается катаракта?

Задача 5

Ребенок от первых срочных родов. Женщина здорова. Экстренное кесарево сечении по поводу отслойки нормально расположенной плаценты.

Масса тела при рождении 3100, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом оказания реанимационной помощи новорожденным проводился полный комплекс реанимационных мероприятий: интубация, ИВЛ перевод в ОРН. При первичном осмотре неонатологом отмечена бледность кожи и слизистых, симптомы угнетения ЦНС. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 160 в мин. Печень и селезенка не увеличены

В анализах крови: Hb - 90 г/л из центральной вены.

Задание

1. Чем обусловлено данное состояние?
2. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза
3. Какие патогенетические процессы имеют место в данной ситуации.
4. Возможные осложнения
5. Назначьте лечение
6. Особенности гемопоза у плода и новорожденного
7. Показана ли данному пациенту вакцинация БЦЖ

Задача 6

У недоношенного ребенка на 9-е сутки жизни в стационаре ухудшилось состояние за счет симптомов угнетения ЦНС. Эпизод апноэ с падением сатурации до 70%. Снижена толерантность к пище. Желудок подвздут.

В анамнезе: роды первые, преждевременные в 32 нед. Масса 1500 гр, длина 41 см. Апгар 6/7 баллов.

Не закричал после санации верхних дыхательных путей. Дыхание через назальные канюли методом СРАР в течение первых трёх суток.

При осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, акроцианоз. Дыхание ослаблено, проводится симметрично, выслушиваются крепитирующие хрипы на высоте вдоха.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 172 в мин. Большой родничок 1.0 x 1.5 мм, не напряжен.

Живот мягкий, под вздут. Печень + 2.0 см, селезенка + 1 см. Стул с зеленью и слизью.

В анализе крови: Лейкоциты - 5.2 тыс. Hb - 120 г/л, миел -6 %, п/яд - 18 %, сег - 55 %, лим -17 %, мон -4 %, тромб 136 тыс.

В анализах КЩС - субкомпенсированный метаболический ацидоз.

Биохимия крови: общий белок - 38 г/л, билирубин - 158 мкг/л - непрямого, прямой - 14.6, мочевины - 7.5 ммоль/л, сахар крови 3.8 ммоль/л. АЛТ -5 8 МЕ/л, АСТ -120 МЕ/л,

Натрий - 140 ммоль/л, калий - 4.2, кальций - 0.73 ммоль/л (ионизированный)

Посев кала - золотистый стафилококк чувствительный к ампициллину.

Посев из зева - золотистый стафилококк, грибы рода кандиды.

Анализ мочи: реакция кислая, белок 0.66% без патологии, лейкоциты по всем полям.

На R-грамме легких снижение пневмотизации легких справа в нижней доле и слева в верхней доли легкого. Средостение просматривается плохо. Синусы свободны.

Задание

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие лабораторные и клинические данные подтверждают выставленный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз
4. Причины апноэ недоношенных
5. Каковы наиболее распространенные возбудители инфекции мочевых путей
6. Наиболее распространенные возбудители большой инфекции
7. Показана этому ребенку люмбальная пункция?

8. Консультация, каких специалистов может потребоваться в данной ситуации.

Задача 7

Девочка от вторых срочных родов в головном предлежании.

Масса 3400гр, рост 53 см.

Оценка по Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу.

Группа крови матери 0(I) Rh – отрицательный.

Группа крови ребенка А(II) Rh – положительный

Билирубин пуповинной крови 68 мкмоль/л. Через 12 часов появилась иктеричность кожи. Почасовой прирост билирубина в динамике не превышал 6-7 мкмоль/л. Проводится фототерапия, инфузионная терапия. При осмотре на 6-е сутки кожа иктеричная с зеленоватым оттенком, склеры прокрашены. Печень + 3.5 см. селезенка + 2 см. Стул интенсивно окрашен, моча интенсивно желтая. Тоны сердца ритмичные, громкие. Дыхание пуэрильное, хрипов, одышки нет. Живот мягкий, не вздут. Питание усваивает полностью.

В анализах крови: на 6 сутки Hb – 146 г/л Эр 4.2 x 10, лейкоциты – 12 x 10 п/яд – 6 %, сег – 49 %, лим – 36%, мон – 8 %, э – 1%.

Ретикулоцитоз: 16%. СРБ 0.5 мг/л.

Биохимия крови: общий белок - 54 г/л, билирубин общий 316 мкг/л, 54 - прямой, 270 мкмоль/л – не прямой. Мочевина - 6 ммоль/л, сахар крови 3.6 ммоль/л. АЛТ – 65 МЕ/л, АСТ – 82 МЕ/л, ЩФ – 390 ед.

Задание

1. О каком заболевании идет речь?
2. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
3. Оцените результаты общего анализа крови, биохимии крови.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какой иммунологический метод диагностики подтверждает это заболевание.
6. Какие четыре типа расстройств характерны для поздней стадии билирубиновой энцефалопатии.
7. При каком уровне билирубин сыворотки крови оказывает нейротоксическое действие на детей.
8. Методы лечения. Осложнения. Прогноз.
9. Профилактика ГБН

Задача 8

Ребенок от первой беременности протекавшей с угрозой прерывания в 32 – 34 недели. Роды в 38 недель. Масса - 2950 гр, длина 51 см. Безводный промежуток 4 часа. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. У матери гипогалактия.

На 2-е сутки отмечены срыгивания с примесью свежей крови и мелена. На фоне введения в\в викасола сохраняются признаки кровоточивости.

При осмотре: состояние средней тяжести, признаки незрелости. Кожа чистая, субиктеричная. Тоны сердца ритмичные, громкие. Дыхание пуэрильное, хрипов, одышки нет. Живот мягкий подвздут, безболезненный. Кормление отменено. Печень + 2 см, селезенка не увеличена. Неврологически: симптомы угнетения. Тремор конечностей при беспокойстве. Мелена.

В анализе крови: Лейкоциты 11 тыс. Hb - 144 г/л, п/яд - 3 %, сег – 51 %, лим – 38 %, мон – 8 %, тромб - 310 тыс. СРБ 6 мг/л через 12 часов

Биохимия крови: общий белок - 48 г/л, общий билирубин - 279 мкг/л за счет непрямого, мочевина – 4.6 ммоль/л, сахар крови 4.2 ммоль/л. АЛТ – 38 МЕ/л, АСТ – 56 МЕ/л

Время кровотечения по Дюке – 2 мин. Время свертывания по Ли – Уайту 14 мин.

Коагулограмма: Каолиновое время – 100 сек (норма – 40 – 60 сек), ЧТВ – 90 сек (норма – 45 -60). Протромбиновое время по Квику – 26 сек (норма 12 -15 сек), тромбиновое время – 30 сек (норма – 28-32 сек), протромбиновый комплекс – 25%.

Нейросонография: макроструктура мозга не изменен

Задание

1. О каком заболевании идет речь?
2. Объясните патогенез заболевания
3. Оцените результаты коагулограммы.
4. Оцените результаты анализа крови.
5. С каким состоянием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Методы лечения. Осложнения.
7. Профилактика

Задача 9

Девочка от второй беременности, вторых преждевременных родов в 35 -36 недель. Безводный период 7 часов, околоплодные воды светлые. Апгар 6/7баллов.

Масса при рождении 2150 г. длина 43 см, окружность головы 28 см, окружность груди 29 см.

В анамнезе матери 23 года. Первая беременность закончилась срочными родами. Ребенок здоров. Настоящая беременность - на учете с 30 недель. В сроке 8 - 9 недель отмечалась необильная мелкоточечная сыпь и боль в области шеи. В это же время отмечалась эпидемия краснухи в детском садике, который посещает старший ребенок.

Осмотр неонатолога в первые сутки: множественные стигмы дизэмбриогенеза, микрофтальмия, микроцефалия. Состояние тяжелое за счет симптомов угнетения ЦНС. Дыхание ослаблено. ЧД до 80 в мин. крепитирующие хрипы в заднее-нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 166 в мин. Выслушивается систоло-диастолический шум во II-III межреберье слева от грудины. Кожа бледная, множественные геморрагические высыпания типа пирога с черникой. Акроцианоз. Живот увеличен. Гепато- спленомегалия.

В анализах крови: Hb - 144 г/л Эр 4.2 x 10, лейкоциты -6 тыс; п/яд - 6 %, сег - 49 %, лим -32%, мон -12 %, э - 1%. Тромбоциты 136 тыс. СРБ 0.5 мг/лн вторые сутки

Задание

1. О каком заболевании идет речь?
2. Диагностика, лечение
3. Назначьте дополнительные обследования.
4. Чем характеризуется триада Грегга?
5. С чем связаны кожные высыпания?
6. Какие исследования вы назначите дополнительно.
7. Какие изменения могут быть выявлены окулистом.
8. Прогноз.
9. Профилактика.

Ответы к ситуационным задачам

1. РДС, недоношенность 30 нед.
2. РДС синдром, недоношенность. Диабетическая фетопатия.
3. Ранний неонатальный сепсис
4. Галактемия.
5. Асфиксия в родах, средней степени тяжести. Постгеморрагическая анемия.
6. Пневмония стафилококковой этиологии.
7. ГБН, иммунологический конфликт по резус фактору.
8. Геморрагическая болезнь новорожденных. Классическая форма.
9. Врожденная краснуха.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 2. Патология детей раннего возраста

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Современные принципы рационального питания детей старше года.
2. Ожирение, определение, этиология, патогенез.
3. Классификация ожирения, клиника основных форм.
4. Диагностика ожирения, методы реабилитации, профилактика.
5. Дисбиозы у детей и способы их коррекции.
6. Синдром мальабсорбции, понятие, основные клинические проявления.
7. Потребность детей в жирах. Их физиологическое значение, особенно в условиях Севера. Особенности жирового обмена. Синдромы стеатореи, кетоацидоза, гиперлипидемии.
8. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различного возраста.
9. Анемии у детей. Классификация. Важнейшие клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
10. Дефицитные анемии. Витаминно-(В 12/ фолиево-) и белководефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, гематологические сдвиги, лечение.
11. Железодефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, лечение.
12. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики и терапии острого бронхита у детей.
13. Обструктивный бронхит. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
14. Этиология, патогенез рецидивирующих и хронических бронхитов. Клиническая картина. Общие принципы диагностики, терапии.
15. Этиология, патогенез, клиника острого бронхолита. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности.
16. детей
17. Рахит. Причины, патогенез, классификация, клиника, методы диагностики лечение, профилактика.
18. Спазмофилия, этиология, патогенез, клиника скрытых и явных симптомов, неотложная помощь.
19. Гипервитаминоз Д, этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
20. Рахитоподобные заболевания у детей раннего возраста (фосфатдиабет, синдром Де Тони Дебре Фанкони, синдром Лайтвуда-Олбрайта, витамин-Д-зависимый рахит).
21. Этиология, патогенез, патоморфология ревматизма у детей. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Этапное лечение, профилактика.

22. Острые пневмонии: этиология, патогенез, классификация, критерии диагностики, дифференциальный диагноз, клиника, лечение, профилактика.
23. Аллергические диатезы у детей раннего возраста. Патогенез, клиника, лечение, исходы, профилактика.
24. Лимфатический (лимфатико-гипопластический) диатез у детей раннего возраста. Патогенез, клиника, лечение, исходы, профилактика.
25. Нервно-артритический диатез, этиопатогенез, основные критерии диагностики, лечение, особенности диспансерного наблюдения.
26. Иммунитет, иммунная система. Факторы защиты и иммунитета. Классификация иммунодефицитных состояний, клинические проявления, изменения иммунологических показателей.
27. Факторы неспецифической защиты. Нарушения системы комплемента и дисфункции фагоцитов. Клиника, диагностика.
28. Иммунодефициты. Дефицит тканевого, гуморального иммунитета и комбинированные иммунодефициты. Клиника, принципы лечения.

Ситуационные задачи

Задача №1

Девочка 5 месяцев имеет массу тела 7 кг 900 г, длину тела 64 см, окр. груди 44 см, окр головы 43,5 см. Находится на искусственном вскармливании. Улыбается, гулит при общении с ним, удерживает голову, переворачивается и удерживает игрушку, самостоятельно берёт предмет, начал ползат

Задание.

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Оценить психомоторное развитие ребёнка
4. Написать меню с учётом характера вскармливания и состояния физического развития ребёнка

Задача №2

Мальчик 6 месяцев имеет массу тела 6 кг 500г, длину тела 69 см, окружность груди 45 см, окружность головы 44,5 см. Находится на искусственном вскармливании. Улыбается, гулит при общении с ним, удерживает голову, переворачивается и удерживает игрушку. Самостоятельно предмет не берёт, не ползает.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Оценить психомоторное развитие ребёнка
4. Написать меню с учётом характера вскармливания и состояния физического развития ребёнка

Задача №3

Мальчик 2 месяцев имеет массу тела 3900г, длину тела 58 см, окр груди 38см, окг головы 38 см, родился с массой тела 3250г. Находится на грудном вскармливании. При контрольном взвешивании установлено, что ребёнок высасывает по 80мл на одно кормление, число кормлений 6 в сутки.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Оценить эффективность вскармливания
4. Рассчитать необходимый объём кормления в сутки калорийным методом
5. Дать рекомендации матери ребёнка по режиму и характеру вскармливания

Задача №4

Мальчик 7 лет имеет массу тела 34 кг, 500г, рост 125 см, окр груди 62 см, окр головы 54 см.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Рассчитать индекс массы тела
4. Дать рекомендации по обследованию и питанию ребёнка

Задача №5

Девочка 2 лет имеет массу тела 12 кг 500 г, рост 85 см, окр груди 52 см, окр головы 52 см.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)

3. С какой патологией можно связать особенности физического развития данного ребёнка
4. Дать рекомендации по обследованию ребёнка

Ответы к ситуационным задачам

1. Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт избытка массы тела (параторфия). Психомоторное развитие соответствует возрасту ребёнка.
2. Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт дефицита массы тела (гипотрофия 1 ст.). Отстаёт в психомоторном развитии, психомоторное развитие соответствует 4 месяцам. Меню составить на возраст 6 мес. и соответствующую массу.
3. Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт дефицита массы тела (гипотрофия 1 ст.). Лечение гипогалактии. Назначить смешанное вскармливание при неэффективности лечения гипогалактии. 80 мл гр молока и 40 мл адаптированной смеси. Объём кормления на сутки $115 \text{ ккал} \times \text{долж массу} (4,65 \text{ кг}) = 511,75 \text{ ккал/сут} : 700 \text{ ккал} (в 1 л молока или смеси) = 730 \text{ мл} : 6 (число кормлений) = 120 \text{ мл}$ на одно кормление.
4. Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт избытка массы тела (ожирение ст.). Индекс Кетле = 21,8 (избыток массы тела). Обследование у эндокринолога, диета.
5. Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт увеличения окружности головы (макроцефалия). Наиболее частая причина – гидроцефалия. Обследование у невролога, КТ головного мозга.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 3. Гематология.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различного возраста.
2. Анемии у детей. Классификация. Важнейшие клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
3. Дефицитные анемии. Витаминно-(В12 \ фолиево-) и белководефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, гематологические сдвиги, лечение.
4. Железодефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, лечение.
5. Гемолитические анемии (мембрано-, ферменто-, гемоглобинопатии). Микроангиопатические гемолитические анемии (синдром Гассера, Мошковица).
6. Гипопластические анемии и нейтропении.
7. Геморрагические заболевания у детей и подростков. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Коагулопатии (гемофилия, болезнь Виллебранда).
8. Геморрагический васкулит. ДВС-синдром.
9. Лейкозы у детей. Этиопатогенез, клиника, нозологические формы. Принципы диагностики и терапии.
10. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.
11. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
12. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитома, медуллобластома). Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.
13. Солитарные опухоли. Клиника. Диагностика. Принципы лечения, химиотерапия.
14. Опухоли Вильмса. Диагностика, принципы лечения.
15. Лимфаденопатии у детей. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся увеличением лимфатических узлов.
16. Остеосаркома, Рабдомиосаркома.. Диагностика, принципы лечения увеличением увеличением лимфатических узлов.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились синяки различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. На туловище, конечностях петехиальная сыпь, экхимы различной величины и окраски. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем без видимой патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Гемограмма: гемоглобин 94 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 5,1%, тромбоциты $12 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 56%, эозинофилы 3%, лимфоциты 30%, моноциты 9%, СОЭ 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки 0,5%, нейтрофильный росток 62%, эозинофильный росток 4%, лимфоциты 5%, эритроидный росток 27%, мегакарициты в большом количестве, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский 2-4 в п/з, лейкоциты 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
5. Назначьте лечение данному больному.
6. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?
7. Каков прогноз заболевания?

Задача №2

Мальчик П., 10 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°C, увеличались подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, с связи с чем мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы различных размеров и окраски. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +5 см, селезенка +6 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Гемограмма: гемоглобин 81 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты единичные, лейкоциты $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты 76%, п/ядерные 1%, с/ядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакарициты – не обнаружены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция, реакция на пероксидазу и липиды отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры Т-клеток.

Исследование ликвора: цитоз 200/3 (бласты 100%), белок 960 ммоль/л, реакция Панди +++.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назовите основные этапы и принципы лечения этого заболевания.
7. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики? Укажите методы профилактики данного осложнения.

Задача №3

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

Гемограмма: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты $1,3 \times 10^9/\text{л}$, п/ядерные 1%, с/ядерные 4%, лимфоциты 95%, СОЭ 35 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, мегакарициты - не найдены.

Общий анализ мочи: цвет желтый, удельный вес 1018, белок - следы, эпителий плоский 2-4 в п/з, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты 25-30 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Укажите наиболее информативный метод диагностики данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
7. Какие существуют современные методы лечения данной патологии ?
8. Какие неотложные состояния могут развиваться у этой больной?
9. Какова наиболее вероятная причина появления очаговой неврологической симптоматики у больных с этой

патологией?

Задача №4

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная желтушность кожных покровов, в роддоме была диагностирована конъюгационная желтуха. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8°C, ребенок вновь пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия (гемоглобин 72 г/л). Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +6 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Гемограмма: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/л$, ЦП 1,0, ретикулоциты 16%, лейкоциты $13,2 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 45%, эозинофилы 3%, лимфоциты 37%, моноциты 13%, СОЭ 24 мм/час. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, билирубин: непрямой 86,4 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/лнет, свободный гемоглобин - отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min 0,58% NaCl, max 0,32% NaCl.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов и тип гемолиза у больного.
6. Перечислите осложнения при этом заболевании.
7. По какому типу наследования передается это заболевание?
8. Обоснуйте лечение

Ответы к ситуационным задачам

1. Острая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, влажная форма. Осл.: острая постгеморрагическая анемия легкой степени
2. Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, нейрорлейкоз
3. Приобретенная апластическая анемия
4. Наследственный микросфероцитоз, период гемолитического криза

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 4. Интенсивная терапия и реанимация.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Организация и структура службы реанимации в педиатрии. Работа реанимационного отделения.
2. Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков.
3. Интенсивная терапия дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, коматозных, лихорадочных состояний.
4. Интенсивная терапия судорожных состояний у детей.
5. Интенсивная терапия острых отравлений у детей и подростков.
6. Отравление лекарственными препаратами, средствами бытовой химии, угарным газом
7. Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств.
8. Интенсивная терапия при гнойно-септических заболеваниях.
8. Интенсивная терапия при геморрагическом синдроме.
9. Принципы парентерального питания.
10. Коррекция нарушений водно- электролитного обмена у детей и подростков

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 5. Гастроэнтерология.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Этиология, патогенез, клиника, классификация хронического гастрита. Современные методы диагностики.

- Лечение. Профилактика.
2. Хронический холецистит: этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
 3. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология, патогенез, диагностика. Лечение. Профилактика.
 4. Функциональная диспепсия у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
 5. Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
 6. Синдром рвоты и срыгивания у детей раннего возраста. Дифференцированные подходы к диагностике и лечению.
 7. Запоры у детей раннего возраста. Дифференцированные подходы к диагностике и терапии.
 8. Болезни толстого кишечника у детей: НЯК и болезнь Крона. Дифференциальная диагностика и терапия.

Ситуационные задачи

Задача №1

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФГДС госпитализирована.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интроверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии. При поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Гемограмма: гемоглобин 128 г/л, ЦП 0,91, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 51%, эозинофилы 3%, лимфоциты 36%, моноциты 7%, СОЭ 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный, pH 6,0, плотность 1017; белок отр.; сахар отр.; эпителиальные клетки 1-2-3 в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, АлАТ 19 Ед/л, АсАТ 24 Ед/л, ЩФ 138 Ед/л (норма 70 -140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба 4 ед, билирубин 15 мкмоль/л, из них связанный 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: натощак - pH в теле 2,4; в антруме 4,2;

через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - pH в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на Helicobacter pylori: положительный (++)

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Перечислите основные методы и способы диагностики НР - инфекции.
5. Современные принципы лечения данного заболевания.
6. Предложите схему лечения данному ребенку.
7. Что такое эрадикация НР-инфекции?

Задача №2

Мальчик 5 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный учащенный до 5-6 раз в день стул со слизью, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта.

Ребенок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. У бабушки (по матери) гастрит, колит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост 95 см, масса 15,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце - ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5; +2; в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера - положительные.

Гемограмма: гемоглобин 96 г/л, ЦП 0,8, эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 18%, лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 7%, с/ядерные 43%, эозинофилы 5%, лимфоциты 36%, моноциты 9%, СОЭ 18 мм/час, тромбоциты $330 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH 5,5, плотность 1018; белок - нет, сахар - нет, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумины 53%, глобулины: альфа1 6%, альфа2 14%, бета 13%, гамма 14%, АлАТ 40 Ед/л, АсАТ 36 Ед/л, ЩФ 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба 3 ед, общий билирубин 13 мкмоль/л, из них связанный 0 мкмоль/л, железо 7 мкмоль/л, ОЖСС 79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ ++.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсена. ЛЕЙКОЦИТЫ 12-15-30 в п/з, Эритроциты 30-40-50 в п/з, слизь - много.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и часть подвздошной кишки (30 см). Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Проведена биопсия.

Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Укажите эндоскопические различия между неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона.
5. Укажите характерные гистологические признаки заболевания.
6. Укажите критерии тяжести заболевания.
7. Какие лабораторные показатели характеризуют активность заболевания?
8. Обоснуйте основные принципы лечения.
9. Назначьте диету ребенку.
10. Какие препараты являются выбором в лечении заболевания?
11. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
12. Методика изучения первичной и общей заболеваемости детей.

Задача №3

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.

Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 62%, лимфоциты 29%, моноциты 7%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; pH кислая, плотность 1020, белок - нет, сахар - нет, эп. пл. - небольшое количество, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 79 г/л, альбумины 54%, глобулины: альфа1 6%, альфа2 10%, бета 14%, гамма-15%, ЩФ 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ 26 Ед/л, АсАТ 28 Ед/л, амилаза 130 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба 4 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л, из них связанный 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка 8 мм (норма 18), тело 16 мм (норма 14), хвост 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (+++).

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов
5. Составьте план лечения
6. Что такое эрадикация НР - инфекции?
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №4

Ребенок, 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса тела 10 кг, рост 75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не "любят" молоко.

Осмотр: ребенок правильно телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. кожные покровы чистые, слизистые обычной окраски. Зубы 6/6, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

Гемограмма: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,1 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 33%, эозинофилы 3%, лимфоциты 52%, моноциты 10%, СОЭ 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; удельный вес 1015, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, альбумины 61%, холестерин 5,8 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, кальций ионизированный 1,0 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л.

Кал на углеводы: реакция положительная.

Гликемические кривые после нагрузки:

- с Д-ксилозой: через 30 минут - 1,5 ммоль/л, через 60 минут - 2,5 ммоль/л, через 90 минут - 2,2 ммоль/л.

- с глюкозой: натощак - 4,5 ммоль/л, через 30 минут - 4,8 ммоль/л, через 60 минут - 6,8 ммоль/л, через 90 минут - 5,6 ммоль/л, через 120 минут - 4,6 ммоль/л.

- с лактозой: натощак - 4,3 ммоль/л, через 30 минут - 4,6 ммоль/л, через 60 минут - 4,8 ммоль/л, через 90 минут - 4,7 ммоль/л, через 120 минут - 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

Копрограмма: цвет - желтый, консистенция - кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительное количество, крахмал - немного, йодофильная флора - много.

Исследование кала на дисбактериоз: снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не изменена; поджелудочная железа - несколько увеличен хвост; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

Задание:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования проводятся в настоящее время для подтверждения диагноза?
6. Какая диета необходима при проведении качественного анализа кала на углеводы?
7. Назначьте диету.
8. При каких условиях можно кормить этого ребенка молоком?
9. Какие Вы знаете смеси, не содержащие лактозу?
10. Какие специалисты должны осмотреть ребенка?
11. Прогноз болезни?

Ответы к ситуационным задачам

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, активность I степени, впервые выявленная, НР-ассоциированная. Соп.: реактивный панкреатит, гипертрофический гастрит
2. Неспецифический язвенный колит, тотальный, активная фаза, среднетяжелая форма. Осл.: постгеморрагическая анемия легкой степени
3. Хронический (гипертрофический) гастродуоденит, НР-ассоциированный, стадия обострения. Соп.: диспанкреатизм
4. Первичная лактазная недостаточность, реактивный панкреатит, дисбактериоз кишечника

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 7. Поликлиническая и неотложная педиатрия, инфекции.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Основные задачи педиатрической службы скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе в поликлинике, детских образовательных учреждениях (ДОУ), домах ребенка в свете реализации программ приоритетного национального проекта «Здоровье».
2. Методы реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе.
3. Синдром внезапной смерти.

4. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых гемолитических и геморрагических состояниях.
5. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых генерализованных аллергических синдромах.
6. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых инфекционных заболеваниях у детей
7. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний.
8. Календарь профилактических прививок. Патология поствакцинального периода.
9. Вакцинальные реакции и осложнения. Лечение поствакцинальной патологии.
10. Принципы организации медицинской помощи новорожденным на педиатрическом участке.
11. Организация питания новорожденных и детей раннего возраста.
12. Основные направления борьбы с инфекционными заболеваниями в условиях поликлиники. Работа в очагах острых инфекционных заболеваний.
13. Диспансеризация детей и подростков с хроническими заболеваниями.
14. Организация работы дневных стационаров в условиях поликлиники. Работа врача педиатра центра здоровья.
15. Восстановительная и санаторно-курортная помощь детям и подросткам.
16. Оценка показателей деятельности медицинского учреждения.
17. Формирование здорового образа жизни у подростков.
18. Организация работы подростковых кабинетов.
19. Содержание работы врача отделения оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.
20. Виды медицинского контроля. Медицинский контроль в период адаптации.
21. Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных и специальных школ.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 8. Нефрология.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Основные синдромы и современные методы исследования в нефрологии.
2. Гломеруллопатии у детей. Этиология, патогенез, группировка заболеваний.
3. Современные диагностические подходы к дисметаболическим нефропатиям
4. Этиология и патогенез пиелонефрита, цистита
5. Особенности течения острого и хронического пиелонефрита.
6. Лабораторные и рентгенологические методы диагностики ИМВП. Дифференциальный диагноз.
7. Пороки развития почек и мочевыводящих путей у детей. Этиология, патогенез, клиника, классификация. Диагностика. Принципы лечения.
8. Дисметаболическая нефропатия, этиология, патогенез, клиника оксалатной и уратной нефропатии, принципы лечения и диспансерного наблюдения.
9. Наследственный нефрит.
10. Врожденный нефротический синдром
11. Гемалитико-уремический синдром. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики.
12. Гемалитико-уремический синдром. Принципы лечения.
13. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Принципы диагностики и лечения.
14. Хроническая болезнь почек (ХБП) у детей и подростков. Классификация. Принципы диагностики и лечения.

Решение ситуационных задач (moodle) <http://moodle.surgu.ru/course/view.php?id=2902> .

Тестовый контроль (moodle) <http://moodle.surgu.ru/course/view.php?id=2902>

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 9. Эндокринология.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Сахарный диабет у детей. СД-1 и СД-2 типов. Этиопатогенез, клиника, диагностика, группировка по МКБ-10. Современные средства контроля и лечения.
2. Сахарный диабет 1 типа у детей. Осложнения. Неотложная помощь при кетоацидозе, гипогликемической, кетоацидотической и гиперосмолярной комах.
3. Заболевания щитовидной железы у детей. Группировка, шифры по МКБ-10, критерии диагностики. Лечение ДТЗ. Неотложная помощь при тиреотоксическом кризе.
4. Ожирение у детей. Группировка форм ожирения по МКБ-10. Критерии диагностики. Метаболический синдром. Дифференцированный подход к лечению.

5. Болезни надпочечников у детей. Группировка нозологических форм по МКБ-10. Критерии диагностики. Терапия.
6. Нарушение роста у детей. Группировка заболеваний по МКБ-10, критерии диагностики, терапия.
7. Нарушение половой дифференцировки у детей. Группировка заболеваний и состояний. Критерии диагностики и терапия.

Ситуационные задачи

Задача №1

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, 2 срочных родов. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. Мама ребенка на 2-м месяце беременности перенесла грипп. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка. Анализ крови по программе неонатального скрининга взят на 4-й день жизни. Из родильного дома выписана на 12-е сутки. В период новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. В 20-дневном возрасте ребенок вызван в медико-генетический кабинет в связи с изменениями в анализе крови (тиреотропный гормон 172 мМЕ/л при норме < 20 мМЕ/л).

При осмотре в возрасте 20 дней состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота, пупочная грыжа. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в 3-4 дня.

Гемограмма: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9, лейкоциты $7,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 30%, эозинофилы 1%, лимфоциты 57%, моноциты 8%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая, удельный вес 1015, реакция – кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза 3,2 ммоль/л, натрий 138,0 ммоль/л, калий 4,9 ммоль/л, общий белок 60,2 г/л, холестерин 7,4 ммоль/л, билирубин общий 12,5 мкмоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
5. Какое обследование необходимо провести ребенку для верификации диагноза ?
6. Каков прогноз физического и нервно-психического развития ребенка ?
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №2

Юра Ф., 14 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, мучных изделий.

Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно равномерно. На плечах и бедрах стрии красного цвета. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 75 уд/мин, дыхание 19 в 1 минуту. АД 145/90 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +2 см. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют.

Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,5 \times 10^9/л$, п/ядерные 1%, с/ядерные 52%, эозинофилы 5%, лимфоциты 37%, моноциты 5%, СОЭ 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая, удельный вес 1015, реакция – кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: натрий 137,0 ммоль/л, калий 5,1 ммоль/л, общий белок 65,0 г/л, холестерин 7,6 ммоль/л.

Тест толерантности к глюкозе: глюкоза натощак 3,9 ммоль/л, через 2 часа – 4,8 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени - увеличены, паренхима неоднородная.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Обоснуйте принципы терапии
5. Прогноз течения данного заболевания?
6. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №3

Девочка К., 20 дней, от 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. В роддоме было выявлено неправильное строение наружных гениталий. Анализ крови по программе

неонатального скрининга взят на 5-й день жизни. С 15-го дня жизни состояние ребенка ухудшилось, появились срыгивания, в последующем многократная рвота “фонтаном”. Девочка стала отказываться от еды.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы сухие, бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Большой родничок 2х2 см, западает. Сосет вяло, рвота “фонтаном”. Дыхание поверхностное, ослабленное. ЧД 56 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС 160 в минуту. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски. Пенисообразный клитор, складчатые большие половые губы, урогенитальный синус, гиперпигментация наружных гениталий

Гемограмма: гемоглобин 125 г/л, эритроциты $5,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,5 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 44%, эозинофилы 2%, лимфоциты 44%, моноциты 8%, СОЭ 5 мм/час. *Биохимический анализ крови:* общий белок 55 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза 3,1 ммоль/л, натрий 118,0 ммоль/л, калий 6,5 ммоль/л. *УЗИ брюшной полости:* печень +2 см, однородной структуры. Селезенка, почки, поджелудочная железа – без особенностей. Надпочечники увеличены. *Кариотип:* 46 XX. Половой хроматин: 30%.

Анализ крови по программе неонатального скрининга: 17-оксипрогестерон 172,2 нмоль/л (норма < 60 нмоль/л).

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Укажите тип наследования данного заболевания.
5. Какова причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у данного ребенка ?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка ?
7. Окажите неотложную помощь.
8. Составьте план лечения.
9. Составьте план диспансерного наблюдения для данного ребенка?
10. Укажите принципы медико-генетического консультирования и пренатальной диагностики в семье.

Задача №4

Больной М., 13 лет, доставлен в больницу в коматозном состоянии. Из анамнеза известно, что ребенок болеет сахарным диабетом в течение 4 лет. Получает инсулин: актрапид 16 ЕД, протафан 14 ЕД в сутки.

Утром после очередной инъекции инсулина из-за болей в животе, тошноты ребенок отказался от еды. Через час состояние больного резко ухудшилось, появились слабость, сонливость, чувство страха, потливость, тремор рук, затем ребенок потерял сознание, появились судороги мышц конечностей. Машиной скорой помощи доставлен в приемное отделение.

Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы влажные. Тризм жевательной мускулатуры. Тонико-клонические судороги мышц конечностей. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе не определяется. Тоны сердца приглушены, ЧСС 80 в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Сухожильные рефлексы оживлены. Менингеальные знаки отрицательные.

Гликемия: 1,5 ммоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие виды коматозных состояний встречаются при сахарном диабете?
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Укажите причину развития комы у данного больного.
6. Окажите неотложную помощь.
7. Какие осложнения возможны при развитии данного вида комы ?
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №5

Больная Д., 15 лет. Жалобы на сердцебиение, вспыльчивость, раздражительность, плохой сон, похудание, потливость, изменившийся почерк.

Анамнез заболевания: перечисленные жалобы появились 3 месяца назад, однако к врачу не обращались.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 162 см, масса 54 кг. Диффузный гипергидроз, кожные покровы теплые на ощупь. Отмечается умеренный экзофтальм, блеск глаз, гиперпигментация век. Тремор пальцев рук. Щитовидная железа заметна при осмотре, плотноватой консистенции. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Пульс удовлетворительных свойств. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 140 в минуту, АД 130/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Гормональный статус: Т₃ 4,7 нмоль/л (норма 1,2-1,9), свободный Т₄ 64,5 нмоль/л (норма 10-25), ТТГ 0,1 мкЕД/л (норма 0,5-3,5), антитела к тиреоглобулину 250 МЕ/л (норма <100 МЕ/л), антитела к микросомальной фракции тиреоцитов 372 МЕ/мл (норма < 30 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы: объем щитовидной железы 28 мл (в норме <14 мл), структура неоднородная, кровотоки усилены.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.

4. Назначьте лечение.
5. Укажите показания к оперативному лечению.
6. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде ?
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ответы к ситуационным задачам

1. Врожденный гипотиреоз
2. Ожирение III степени, экзогенно-конституциональная форма, неосложненная
3. Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма
4. Сахарный диабет, I тип, стадия декомпенсации, осл.: гипогликемическая кома.
5. Диффузный токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней тяжести

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 10. Кардиология и ревматология.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Неревматические кардиты у детей раннего возраста, этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение, диспансерное наблюдение.
2. Вегетативная дистония у детей. Диагностика, клиника, лечение.
3. Артериальная гипертензия у детей. Причины. Диагностика, клиника, лечение у детей.
4. Врожденные пороки сердца у детей. Этиопатогенез, принципы диагностики, лечение.
5. Врожденные пороки сердца без цианоза: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, коарктация аорты.
6. Врожденные пороки сердца с цианозом: болезнь Фалло, аномалия Эбштейна, атрезия трёхстворчатого клапана. Неотложная помощь при гипоксемических кризах.
7. Ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Этапное лечение, профилактика и диспансерное наблюдение.
8. Малая хорея. Причины, клиника, диагностика и терапия.
9. ЮРА. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
10. Реактивные артриты у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
11. Диффузные болезни соединительной ткани у детей. Патогенез, общие клинические симптомы. Принципы терапии.
12. Системная красная волчанка. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
13. Ювенильный дерматомиозит. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы терапии.
14. Ювенильная склеродермия. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
15. Дисплазии соединительной ткани у детей, клинические особенности, принципы реабилитации.

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), наличие одышки и цианоза, которые усиливаются при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы и слизистые оболочки с цианотичным оттенком. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол". Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастер-нальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 140 ударов в минуту. ЧД - 40 в минуту. Интенсивный продолжительный систолический шум жесткого тембра с эпицентром во II – III межреберье слева от грудины. II тон ослаблен во втором межреберье слева от грудины. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Гемограмма: гематокрит 49% (норма 31-47%), гемоглобин 170 г/л, эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,91, лейкоциты $6,1 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 26%, эозинофилы 1%, лимфоциты 64%, моноциты 6%, СОЭ 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес 1004, белок - отсутствует, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевина 5,1 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 ЕД/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 62 мм рт.ст. (норма 80-100), pCO_2 50 мм рт.ст. (норма 36-40), pH 7,29, BE - - 8,5 ммоль/д (норма - +2,3).

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.

4. Укажите анатомические особенности данного заболевания.
5. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза? Какие изменения возможны?
6. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
7. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
8. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
9. Назначьте лечение.
10. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №2

Больная Н., 13 лет, поступает с жалобами на быструю утомляемость, головные боли, головокружения, колющие боли в сердце, плохую переносимость транспорта и душных помещений, чувство нехватки воздуха, ощущение перебоев в работе сердца.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно – розовые. Дистальный гипергидроз. Дермографизм красный. Удовлетворительного питания. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Область сердца не изменена. Пульс удовлетворительного наполнения. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные. Мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 60 в 1 мин. В положении лежа выслушиваются экстрасистолы с частотой 8 в 1 мин. В положении стоя и после физической нагрузки (20 приседаний) экстрасистолы не регистрируются. АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Гемограмма: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 128 г/л; лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы 4%, нейтрофилы 58%, лимфоциты 30%, моноциты 8%, СОЭ 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1016, реакция кислая, белок отр., лейкоциты 2-4-2 в поле зрения.

ЭКГ: на фоне синусового ритма регистрируются вентрикулярные экстрасистолы. ЭОС не отклонена.

ЭхоКГ: полости сердца не расширены, Сократительная способность миокарда сохранена.

ЭКГ-проба с атропином: через 15, 30 и 45 минут после введения атропина экстрасистолы не зарегистрированы. Через 60 минут единичные экстрасистолы.

РЭГ: снижение тонуса крупных сосудов, незначительное затруднение венозного оттока.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №3

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на слабость, одышку, боли в животе, утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес., в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес. перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура $37,2-37,5^{\circ}C$ в течение 2 дней. С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Быстро стал уставать. Значительно снизился аппетит. Обратились к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ 100 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 43%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, моноциты 3%, лимфоциты 40%, СОЭ 11 мм. С диагнозом: "железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней и стоп. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Гемограмма: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 48%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, лимфоциты 40%, моноциты 8%, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белок и глюкоза - отсутствуют, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
7. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?

8. Какие дополнительные исследования необходимо провести? Какие изменения могут быть выявлены?
9. Назначьте лечение данному ребенку.

Задача №4

Больной П., 6 месяцев, поступает с жалобами на одышку, кашель, задержку физического развития затруднения при кормлении ребенка грудным молоком (во время сосания появляется одышка, цианоз носогубного треугольника, ребенок отказывается от груди). Шум в области сердца впервые выслушан в роддоме. Ребенок от I беременности. В I триместре мама дважды болела острым бронхитом, по поводу чего принимала антибиотики. Роды срочные, физиологические. Вес при рождении – 3400 г. С рождения на грудном вскармливании. Дважды болел пневмонией с затяжным течением.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Подкожно – жировой слой истончен. Грудная клетка деформирована по типу “сердечного горба”. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 56 в 1 мин. Над задне – нижними отделами легких с обеих сторон укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитация. Верхушечный толчок усилен, смещен влево. Границы сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, правая – 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – II межреберье. Усиление и раздвоение II тона над легочной артерией. Грубый интенсивный систолический шум с эпицентром в V точке, проводится за пределы сердечной области и на спину. ЧСС – 154 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пальпируется край селезенки.

Гемограмма: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 116 г/л, лейкоциты $12,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, нейтрофилы 52%, лимфоциты 38%, моноциты 8%, СОЭ 26 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, реакция кислая, белок следы, L 4-2-2 в п/зр, эритроц. отр.

ЭКГ: синусовая тахикардия 160 в 1 мин. ЭОС отклонена вправо. Признаки гипертрофии миокарда обоих желудочков, правого предсердия.

ЭхоКГ: расширение полостей всех отделов сердца. Расширение легочной артерии. Прерывание эхосигнала в области мембранозной части межжелудочковой перегородки 1 см.

Рентгенография органов грудной клетки: легочной рисунок резко обогащен за счет сосудисто–интерстициального компонента. Сердечная тень значительно расширена в поперечнике за счет увеличения левых и правых отделов.

Выбухание дуги легочной артерии.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
6. Назначьте лечение.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №5

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 IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во V точке выслушивается диастолический шум. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 130/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Гемограмма: гемоглобин 115 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 4%, с/ядерные 54%, эозинофилы 3%, лимфоциты 36%, моноциты 3%, СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: 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.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз по классификации.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
6. Назначьте лечение.

Задача №6

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

При поступлении состояние средней тяжести. Деформация проксимальных межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Гемограмма: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 4%, с/ядерные 44%, эозинофилы 2%, лимфоциты 47%, моноциты 3%, СОЭ 46 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1014, белок 0,06‰, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок 83 г/л, альбумины 48%, глобулины: альфа1-глобулины 11%, альфа2-глобулины 10%, бета-глобулины 5%, гамма-глобулины 26%, серомукоид 0,8 (норма - до 0,2), АлТ 32 ЕД/л, АсТ 25 ЕД/л, мочевины 4,5 ммоль/л.

Рентгенография кистей: эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз по классификации.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте болезни?

Задача №7

Девочка 3., 13 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Гемограмма: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $90 \times 10^9/л$, лейкоциты $1,5 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 62%, эозинофилы 2%, лимфоциты 31%, моноциты 3%, СОЭ 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, белок 0,33‰, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок 83 г/л, альбумины 46%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид 0,8 (норма - до 0,2), АлТ 32 Ед/л, АсТ 25 Ед/л, мочевины 4,5 ммоль/л, креатинин 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460 мл.

Клиренс по креатинину - 70 мл/мин.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз по классификации.
5. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
6. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
7. Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза?
8. Назначьте лечение.
9. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ответы к ситуационным задачам

1. ВПС синего типа (тетрада Фалло)
2. Вегето-сосудистая дистония по ваготоническому типу, суправентрикулярная экстрасистолия
3. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН ПБ степени, ПЖН ПБ степени

4. Врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки), НК ПБ стадии. Соп. диагноз: острая двусторонняя пневмония, ДН II степени
5. Острая ревматическая лихорадка II, активная фаза, активность II-III степени, возвратный ревмокардит, недостаточность митрального клапана, поражение аортального клапана, острое течение, сердечная недостаточность I-IIА степени
6. Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, активность III, медленно прогрессирующее течение, серо-позитивный вариант (?), рентгенологическая стадия процесса II-III степени, функциональная недостаточность II степени
7. Системная красная волчанка, активность III степени. Люпус-нефрит

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 11. Пульмонология и аллергология.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Основы организации пульмонологической помощи детскому населению.
2. Современные методы исследования в пульмонологии.
3. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты.
4. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков.
5. Острые пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника.
6. Острые пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.
7. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита.
8. Плевриты у детей и подростков. Консервативное лечение и показания к операции
9. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Муковисцидоз.. Подходы к диагностике и терапии.
10. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Идиопатический легочный гемосидероз. Первичная легочная гипертензия. Подходы к диагностике и терапии.
11. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Синдром Гудпасчера. Синдром Картагенера. Подходы к диагностике и терапии.
12. Бронхиальная астма у детей и подростков. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания.
13. Бронхиальная астма у детей и подростков. Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.
14. Респираторные аллергозы у детей и подростков. Лечение, профилактика.
15. Респираторные аллергозы у детей и подростков. Определение. Влияние экологии на развитие аллергозов.
16. Острая дыхательная недостаточность у детей и подростков. Лечение.
17. Современные принципы антибактериальной терапии острых органов дыхания у детей различного возраста.
18. Современные принципы антибактериальной терапии хронических заболеваний органов дыхания у детей различного возраста.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной В., 2 года 8 мес., поступил в приемное отделение с жалобами на кашель, повышение температуры до 37,5, одышку.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, когда на фоне повышения температуры до 37,8⁰С появился сухой кашель и насморк. Мама лечила ребенка самостоятельно (жаропонижающие препараты и отхаркивающие травы). Через два дня состояние его ухудшилось, появилась выраженная одышка, свистящее дыхание, беспокойство, в связи с чем родители обратились к врачу. Подобная одышка отмечалась ранее неоднократно, полгода назад, на фоне ОРЗ.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1-й половины. Роды срочные, с массой 3200 г, длиной тела 51 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен. Проф. прививки проведены по графику. Родители практически здоровы. Объективно состояние средней тяжести. Ребенок возбужден. Кожные покровы чистые, температура тела 37,2⁰С. Цианоз носогубного треугольника, гиперемия зева. Грудная клетка обычной формы, заметно участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Дыхание свистящее, перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание 50 в минуту. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы с обеих сторон, разнокалиберные влажные хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, приглушенные, до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул оформлен, регулярный, диурез свободный.

Гемограмма: эритроциты 4,1x10¹²/л, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты 3,8x10⁹/л, эозинофилы 2%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 29%, лимфоциты 51%, моноциты 50%, СОЭ 15 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: отмечается повышение прозрачности легочной ткани.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назначьте лечение.
7. Укажите прогноз заболевания.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №2

Больная И., 1 г. 2 мес. поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на мучительный кашель, повышение температуры до 37,5⁰С, одышку, плохую прибавку в весе, жидкий стул (частый, с жирным блеском, зловонный).

Анамнез заболевания: ребенок болен с первых дней жизни: отмечалось срыгивание после каждого кормления, частый жидкий стул с зеленью, неприятным запахом, с капельками жира. Пеленки плохо отстирывались. Отмечалась плохая прибавка в массе, несмотря на хороший аппетит. С 5 месяцев девочка стала болеть частыми бронхитами, пневмонией, трудно поддающимися лечению. Мама обратила внимание на соленый вкус лба.

Анамнез жизни: ребенок от II беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1-й половины, роды II, срочные, с массой тела 3300 г, длиной 50 см. 1 ребенок умер в возрасте 1 месяца от пневмонии. БЦЖ сделана в роддоме, остальные прививки не сделаны из-за частой заболеваемости ребенка ОРВИ. Родители здоровы.

Объективные данные: состояние тяжелое, отмечается сухой мучительный кашель. Девочка пониженного питания (вес в настоящее время 8200 г). Тургор тканей и эластичность подкожно-жировой клетчатки снижены. Кожные покровы бледные, с выраженным цианозом носогубного треугольника. В области надбровных дуг - кристаллы солей. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над легкими тимпанит, аускультативно на фоне жесткого дыхания масса сухих проводных и влажных мелкопузырчатых хрипов, крепитация. Частота дыхания 45 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС 92-96 в минуту. Живот вздут, печень +3 см, селезенка не пальпируется. Стул частый, зловонный, с жирным блеском.

Гемограмма: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $12,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 50%, лимфоциты 38%, моноциты 6%, СОЭ 28 мм/час.

Копрология кала: нейтральный жир +++.

Анализ пота на хлориды: хлор пота 90 мэкв/л.

Рентгенография грудной клетки: повышена пневматизация легочной ткани, ателектазы 2,4 сегментов справа. Корни легких фиброзно изменены.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назначьте лечение.
7. Укажите прогноз заболевания.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №3

Оля К., 7 мес., поступает в стационар с жалобами на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Мама работает медсестрой. Аллергия в виде сыпи на витамин В6. Отец работает водителем, здоров. У бабушки по линии матери - полиартрит, аллергический ринит, астма.

Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. После дачи смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение мазями и примочками без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

При объективном исследовании: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, везикуло-папулезные высыпания, корочки, трещины в области локтевых сгибов, запястий, шеи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5x0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык "географический". Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание жесткое. Тоны сердца ритмичны. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочиспускание не нарушено.

При обследовании получены следующие данные:

Общий анализ мочи: белок отриц., эпителий 13-10-15 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, удельный вес 1012.

Гемограмма: гемоглобин 97 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 7%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Кал на копрологию: непереваренная клетчатка +, лейкоциты един., слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Приведите классификацию данного заболевания.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назначьте лечение.
7. Укажите прогноз заболевания.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №4

Больной А., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на повышение температуры до 39 С, влажный кашель, стонущее дыхание, снижение аппетита, вялость.

Ребенок заболел остро 5 дней назад повысилась температура до 38,5-39⁰С, которая снижалась после жаропонижающих средств, на очень короткое время; сухой кашель, потеря аппетита, возбуждение. Лечение проводилось в амбулаторных условиях таблетками парацетамола и феноксиметилпенициллина. В последние 2 дня состояние мальчика значительно ухудшилось: появилось стонущее дыхание, ребенок стал адинамичным, нарушился сон.

Анамнез жизни без особенностей. Объективно: при поступлении состояние ребенка очень тяжелое. Температура 39,5⁰С. Влажный кашель, стонущее дыхание. Отмечается бледность кожных покровов, мраморность, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, пастозность стоп. Тургор мягких тканей снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими укорочение перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно: на фоне диффузных разнокалиберных влажных хрипов, справа дыхание ослабленное, отмечается крепитация. ЧД 64 в 1 минуту. Границы сердца расширены, тоны приглушены, тахикардия до 150 в минуту, короткий систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочиспускание урежено. Стул не нарушен.

Гемограмма: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $13,5 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, лимфоциты 40%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, билирубин 10 мкмоль/л, тимоловая проба 2 ед.

Рентгенография грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, очаговая инфильтрация легочной ткани в С₈ справа. Сердце расширено в поперечнике.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
7. Назначьте лечение.
8. Укажите прогноз заболевания.
9. Составьте план реабилитации и диспансерного наблюдения.

Ответы к ситуационным задачам

1. Острый обструктивный бронхит, ДН II ст.
2. Муковисцидоз, смешанная форма (двусторонний хронический деформирующий бронхит, пневмосклероз, ателектазы 2,4 справа, тяжелое течение, период обострения, синдром мальабсорбции и холестаза)
3. Атопический дерматит, генерализованная форма, средней тяжести, острый период. Пищевая аллергия.
4. Правосторонняя сегментарная бронхопневмония, внебольничная, острое течение, ДН I степени. Осл.: сердечно-сосудистая недостаточность.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 6.**Тема 6.1. Контрольная работа.**

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-5)

Раздел 12.**Тема 12.1. Контрольная работа.**

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 7-11)

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

Раздел 6.

Тема 6.2. Экзамен.

Вопросы промежуточного контроля.

Теоретические вопросы к экзамену.

1. Основные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации
2. в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения
3. Основные демографические показатели, характеризующие здоровье детей.
4. Адаптация детей в условиях Севера.
5. Врачебная деонтология в практике педиатра.
6. Новорожденный ребенок, признаки недоношенности и незрелости.
7. Особенности адаптации новорожденных к внеутробным условиям, основные адаптационные синдромы.
8. Конъюгационные желтухи: этиология, патогенез, клиника, лечение.
9. Гемолитические желтухи: этиология, патогенез, клиника, лечение.
10. Холестатические желтухи: этиология, патогенез, клиника, лечение.
11. Естественное вскармливание, его значение для правильного развития ребенка.
12. Показания для коррекции питания. Прикормы, сроки их введения, характеристика.
13. Искусственное и смешанное вскармливание, характеристика смесей и их классификация.
14. Физическое и нервно-психическое развитие детей. Критерии оценки физического развития. Законы нарастания массы и роста у детей.
15. Хронические расстройства питания (дистрофии) у детей. Этиопатогенез, основные клинические проявления, принципы лечения и профилактика
16. Паратрофии: этиология, патогенез, клинические проявления, особенности диспансерного наблюдения.
17. Гиповитаминозы. Причины, клиника, диагностика, коррекция, профилактика.
18. Роль микробной флоры в процессах кишечного пищеварения.
19. Современные принципы рационального питания детей старше года.
20. Ожирение, определение, этиология, патогенез.
21. Классификация ожирения, клиника основных форм.
22. Диагностика ожирения, методы реабилитации, профилактика.
23. Дисбиозы у детей и способы их коррекции.
24. Синдром мальабсорбции, понятие, основные клинические проявления.
25. Потребность детей в жирах. Их физиологическое значение, особенно в условиях Севера. Особенности жирового обмена. Синдромы стеатореи, кетоацидоза, гиперлипидемии.
26. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различного возраста.
27. Анемии у детей. Классификация. Важнейшие клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
28. Дефицитные анемии. Витаминно-(В 12/ фолиево-) и белководефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, гематологические сдвиги, лечение.
29. Железодефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, лечение.
30. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики и терапии острого бронхита у детей.
31. Обструктивный бронхит. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
32. Этиология, патогенез рецидивирующих и хронических бронхитов. Клиническая картина. Общие принципы диагностики, терапии.
33. Этиология, патогенез, клиника острого бронхолита. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности.
34. детей
35. Рахит. Причины, патогенез, классификация, клиника, методы диагностики лечение, профилактика.
36. Спазмофилия, этиология, патогенез, клиника скрытых и явных симптомов, неотложная помощь.
37. Гипервитаминоз Д, этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
38. Рахитоподобные заболевания у детей раннего возраста (фосфатдиабет, синдром Де Тони Дебре Фанкони, синдром Лайтвуда-Олбрайта, витамин-Д-зависимый рахит).
39. Этиология, патогенез, патоморфология ревматизма у детей. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Этапное лечение, профилактика.
40. Острые пневмонии: этиология, патогенез, классификация, критерии диагностики, дифференциальный диагноз, клиника, лечение, профилактика.
41. Аллергические диатезы у детей раннего возраста. Патогенез, клиника, лечение, исходы, профилактика.
42. Лимфатический (лимфатико-гипопластический) диатез у детей раннего возраста. Патогенез, клиника, лечение, исходы, профилактика.
43. Нервно-артритический диатез, этиопатогенез, основные критерии диагностики, лечение, особенности диспансерного наблюдения.
44. Иммуитет, иммунная система. Факторы защиты и иммунитета. Классификация иммунодефицитных состояний, клинические проявления, изменения иммунологических показателей.
45. Факторы неспецифической защиты. Нарушения системы комплемента и дисфункции фагоцитов. Клиника, диагностика.

46. Иммунодефициты. Дефицит тканевого, гуморального иммунитета и комбинированные иммунодефициты. Клиника, принципы лечения.
47. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различного возраста.
48. Анемии у детей. Классификация. Важнейшие клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
49. Дефицитные анемии. Витаминно-(В 12 \ фолиево-) и белководефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, гематологические сдвиги, лечение.
50. Железодефицитные анемии. Причины, патогенез, клиника, лечение.
51. Гемолитические анемии (мембрано-, ферменто-, гемоглобинопатии). Микроангиопатические гемолитические анемии (синдром Гассера, Мошковица).
52. Гипопластические анемии и нейтропении.
53. Геморрагические заболевания у детей и подростков. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Коагулопатии (гемофилия, болезнь Виллебранда).
54. Геморрагический васкулит. ДВС-синдром.
55. Лейкозы у детей. Этиопатогенез, клиника, нозологические формы. Принципы диагностики и терапии.
56. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.
57. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
58. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитомы, медуллобластома). Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.
59. Солидные опухоли. Клиника. Диагностика. Принципы лечения, химиотерапия.
60. Опухоли Вильмса. Диагностика, принципы лечения.
61. Лимфаденопатии у детей. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся
62. Остеосаркома, Рабдомиосаркома.. Диагностика, принципы лечения увеличением увеличением лимфатических узлов.
63. Организация и структура службы реанимации в педиатрии. Работа реанимационного отделения.
64. Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков.
65. Интенсивная терапия дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, коматозных, лихорадочных состояний.
66. Интенсивная терапия судорожных состояний у детей.
67. Интенсивная терапия острых отравлений у детей и подростков.
68. Отравление лекарственными препаратами, средствами бытовой химии, угарным газом
69. Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств.
70. Интенсивная терапия при гнойно-септических заболеваниях.
71. Интенсивная терапия при геморрагическом синдроме.
72. Принципы парентерального питания.
73. Коррекция нарушений водно- электролитного обмена у детей и подростков
74. Этиология, патогенез, клиника, классификация хронического гастрита. Современные методы диагностики. Лечение. Профилактика.
75. Хронический холецистит: этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
76. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология, патогенез, диагностика. Лечение. Профилактика.
77. Функциональная диспепсия у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
78. Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
79. Синдром рвоты и срыгивания у детей раннего возраста. Дифференцированные подходы к диагностике и лечению.
80. Запоры у детей раннего возраста. Дифференцированные подходы к диагностике и терапии.
81. Болезни толстого кишечника у детей: НЯК и болезнь Крона. Дифференциальная диагностика и терапия.

Раздел 12.

Тема 12.2. Экзамен.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ.

1. Основные задачи педиатрической службы скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе в поликлинике, детских образовательных учреждениях (ДОУ), домах ребенка в свете реализации программ приоритетного национального проекта «Здоровье».
2. Методы реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе.
3. Синдром внезапной смерти.
4. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых гемолитических и геморрагических состояниях.
5. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых генерализованных аллергических синдромах.
6. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при острых инфекционных заболеваниях у детей
7. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний.
8. Календарь профилактических прививок. Патология поствакцинального периода.

9. Вакцинальные реакции и осложнения. Лечение поствакцинальной патологии.
10. Принципы организации медицинской помощи новорожденным на педиатрическом участке.
11. Организация питания новорожденных и детей раннего возраста.
12. Основные направления борьбы с инфекционными заболеваниями в условиях поликлиники. Работа в очагах острых инфекционных заболеваний.
13. Диспансеризация детей и подростков с хроническими заболеваниями.
14. Организация работы дневных стационаров в условиях поликлиники. Работа врача педиатра центра здоровья.
15. Восстановительная и санаторно-курортная помощь детям и подросткам.
16. Оценка показателей деятельности медицинского учреждения.
17. Формирование здорового образа жизни у подростков.
18. Организация работы подростковых кабинетов.
19. Содержание работы врача отделения оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.
20. Виды медицинского контроля. Медицинский контроль в период адаптации.
21. Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных и специальных школ.
22. Основные синдромы и современные методы исследования в нефрологии.
23. Гломерулопатии у детей. Этиология, патогенез, группировка заболеваний.
24. Современные диагностические подходы к дисметаболическим нефропатиям
25. Этиология и патогенез пиелонефрита, цистита
26. Особенности течения острого и хронического пиелонефрита.
27. Лабораторные и рентгенологические методы диагностики ИМВП. Дифференциальный диагноз.
28. Пороки развития почек и мочевыводящих путей у детей. Этиология, патогенез, клиника, классификация. Диагностика. Принципы лечения.
29. Дисметаболическая нефропатия, этиология, патогенез, клиника оксалатной и уратной нефропатии, принципы лечения и диспансерного наблюдения.
30. Наследственный нефрит.
31. Врожденный нефротический синдром
32. Гемалитико-уремический синдром. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики.
33. Гемалитико-уремический синдром. Принципы лечения.
34. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Принципы диагностики и лечения.
35. Хроническая болезнь почек (ХБП) у детей и подростков. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
36. Неревматические кардиты у детей раннего возраста, этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение, диспансерное наблюдение.
37. Вегетативная дистония у детей. Диагностика, клиника, лечение.
38. Артериальная гипертензия у детей. Причины. Диагностика, клиника, лечение у детей.
39. Врожденные пороки сердца у детей. Этиопатогенез, принципы диагностики, лечение.
40. Врожденные пороки сердца без цианоза: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, коарктация аорты.
41. Врожденные пороки сердца с цианозом: болезнь Фалло, аномалия Эбштейна, атрезия трёхстворчатого клапана. Неотложная помощь при гипоксемических кризах.
42. Ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Этапное лечение, профилактика и диспансерное наблюдение.
43. Малая хорея. Причины, клиника, диагностика и терапия.
44. ЮРА. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
45. Реактивные артриты у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
46. Диффузные болезни соединительной ткани у детей. Патогенез, общие клинические симптомы. Принципы терапии.
47. Системная красная волчанка. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
48. Ювенильный дерматомиозит. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы терапии.
49. Ювенильная склеродермия. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
50. Дисплазии соединительной ткани у детей, клинические особенности, принципы реабилитации.
51. Основы организации пульмонологической помощи детскому населению.
52. Современные методы исследования в пульмонологии.
53. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты.
54. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков.
55. Острые пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника.
56. Острые пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.
57. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита.
58. Плевриты у детей и подростков. Консервативное лечение и показания к операции
59. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Муковисцидоз.. Подходы к диагностике и терапии.
60. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Идиопатический легочный гемосидероз. Первичная легочная гипертензия. Подходы к диагностике и терапии.
61. Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Синдром Гудпасчера. Синдром

- Картагенера. Подходы к диагностике и терапии.
62. Бронхиальная астма у детей и подростков. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания.
 63. Бронхиальная астма у детей и подростков. Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.
 64. Респираторные аллергозы у детей и подростков. Лечение, профилактика.
 65. Респираторные аллергозы у детей и подростков. Определение. Влияние экологии на развитие аллергозов.
 66. Острая дыхательная недостаточность у детей и подростков. Лечение.
 67. Современные принципы антибактериальной терапии острых органов дыхания у детей различного возраста.
 68. Современные принципы антибактериальной терапии хронических заболеваний органов дыхания у детей различного возраста.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.

ВАРИАНТ 1

01. Для синдрома Шершевского - Тернера не характерно

- а) мужской кариотип по данным анализа на хроматин
- б) аменорея
- в) высокий рост
- г) пороки развития сердечно-сосудистой системы
- д) крыловидная складка шеи

02. К иммунодефицитным состояниям относятся

- а) синдром Альпорта
- б) синдром Луи - Бар (атаксия-телеангиоэктазия)
- в) синдром Марфана
- г) синдром де Тони - Дебре - Фанкони

03. Что включает терапия первой линии атопического дерматита

- а) ограничение в диете
- б) лечебно-косметический уход за кожей
- в) создание комфортных условий

04. Что включает базисная противовоспалительная наружная терапия атопического дерматита

- а) системное использование глюкокортикостероидов
- б) использование паст содержащих цинк
- в) наружные глюкокортикостероиды в сочетании с пимекролимусом (элиделом)
- г) использование только пимекролимуса (элидела)

05. Утолщение кожной складки над пораженным участком типично

- а) для очаговой пневмонии
- б) для ателектаза
- в) для пневоторакса
- г) для гнойного плеврита

06. Для синдрома Картагинера характерны

- а) хронические синуситы
- б) бронхоэктазы
- в) обратное расположение внутренних органов
- г) все перечисленное

07. Из перечисленных признаков для гемосидероза легких характерно

- а) наличие сидерофагов в мокроте
- б) высокий уровень железа сыворотки крови
- в) эмфизема
- г) эозинофильный легочный инфильтрат

08. Для постановки диагноза атопической бронхиальной астмы диагностически наиболее значимо

- а) определение IgE
- б) бронхоскопия
- в) ведение пищевого дневника
- г) эозинофилия

09. К типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период относятся все перечисленные, за исключением

- а) нарушения подвижности грудной клетки
- б) вздутия грудной клетки
- в) увеличения лимфоузлов средостения
- г) усиления сосудистого рисунка

010. Из перечисленных исследований при бронхиальной астме в эжприступном периоде показано

- а) постановка кожных проб
- б) бронхография
- в) бронхоскопия
- г) ингаляционные тесты с бронхоспазмолитиками

011. Для выявления уровня жидкости в полости плевры необходимо в первую очередь провести

- а) рентгеновский снимок легких в вертикальном положении
- б) латерографию
- в) томографию
- г) плевральную пункцию

012. Из перечисленных осложнений для экзогенного аллергического альвеолита характерны

- а) эмфизема
- б) фиброзирующий альвеолит, хроническая дыхательная недостаточность
- в) острая дыхательная недостаточность
- г) пневмоторакс

013. Синдром бронхиальной астмы с эозинофилией иногда наблюдается

- а) при системной красной волчанке
- б) при узелковом периартериите
- в) при склеродермии
- г) при лейкозе

014. Причиной развития ДВС-синдрома являются

- а) бактериальная инфекция
- б) вирусная инфекция
- в) шок
- г) все перечисленное

015. Какая бактериальная инфекция реже вызывает ДВС-синдром?

- а) менингококковая
- б) грам-отрицательная
- в) стрептококковая
- г) стафилококковая

016. Не является признаком димезенхимоза

- а) высокорослость
- б) слабость опорно-связочного аппарата
- в) птозы внутренних органов
- г) снижение интеллекта

017. Для тромбоцитопатии не характерны кровотечения

- а) носовые
- б) маточные
- в) в кожу и подкожную клетчатку
- г) кишечные, сопровождающиеся болями в животе

018. Какое исследование не характеризует тромбоцитопатию?

- а) подсчет тромбоцитов
- б) определение времени кровотечения
- в) определение времени свертывания
- г) определение функций тромбоцитов

019. Какое исследование необходимо произвести при наличии у ребенка тромбоцитопатии и спленомегалии?

- а) стерильную пункцию
- б) коагулограмму
- в) определить продолжительность кровотечения
- г) посев крови на стерильность

020. Для гемофилии А наиболее характерно кровоизлияние

- а) в суставы
- б) носовое

- в) в кожу
- г) в плевральную полость

021. Какое исследование наиболее информативно при гемофилии?

- а) определение плазменных факторов свертывания
- б) определение времени кровотечения
- в) определение времени свертывания
- г) подсчет тромбоцитов

022. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все признаки, кроме

- а) снижения аппетита
- б) повышения артериального давления
- в) снижения артериального давления
- г) сочетания этой болезни с туберкулезом

023. Применение мерказолила, пропранолола и преднизолона показано

- а) при диффузно-токсическом зобе III степени тяжелой формы
- б) при гипотиреозе
- в) при эутиреоидном увеличении щитовидной железы III степени, вегетососудистой дистонии
- г) при сахарном диабете

024. У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков.

Ваш предварительный диагноз

- а) церебрально-гипофизарный нанизм
- б) болезнь Дауна
- в) синдром Шерешевского - Тернера
- г) конституциональная задержка полового и физического развития

025. Основным показателем гипотонической гипергидратации является

- а) гипертензия (АД)
- б) устойчивое повышение ЦВД
- в) отек легких
- г) периферические отеки
- д) гиперэлектролитемия

026. Какие мероприятия включает антенатальная профилактика рахита

- а) сбалансированная диета
- б) ограничение двигательной активности
- в) ограничение молочных продуктов

027. Какая лечебная доза вит Д2

- а) 500 ЕД в сутки
- б) от 500 ЕД до 1000 ЕД в сутки
- в) от 2000 до 5000 ЕД

028. Что означает термин гипотрофия

- а) хроническое р-во питания с дефицитом массы тела и роста
- б) хроническое р-во питания с дефицитом массы тела
- в) задержка физического и нервно-психического развития
- г) вид белкового голодания

029. С какой целью определяют индексы Эрисман и Чулицкой

- а) для определения дефицита роста
- б) для определения дефицита массы тела
- в) для определения пропорциональности строения тела

030. В группу риска по кардиальной патологии не относятся дети

- а) с синдромом Марфана
- б) с синдромом Элерса - Данлоса
- в) с синдромом укороченного интервала PQ
- г) с синдромом Альпорта

031. Сердечные изменения чаще встречаются

- а) при синдроме де Тони - Дебре - Фанкони
- б) при синдроме Марфана
- в) при синдроме Альпорта

г)при адреногенитальном синдроме

032.У больного с открытым артериальным протоком не наблюдается

- а)полицитемия
- б)увеличение левого желудочка
- в)выбухание легочной артерии на рентгенограмме
- г)гиперволемиа малого круга кровообращения

033.У больного с широким открытым артериальным протоком вряд ли может наблюдаться

- а)усиленный разлитой верхушечный толчок
- б)выбухание грудной клетки над областью сердца слева
- в)"машинный" шум
- г)цианоз и "барабанные пальцы"

034.При открытом артериальном протоке обычно не развивается

- а)бактериальный эндокардит
- б)отек легких
- в)сердечная недостаточность
- г)одышечно-цианотические приступы

035.При бактериальном поражении открытого артериального протока наблюдается

- а)увеличение селезенки
- б)лихорадка
- в)увеличение СОЭ
- г)анемия
- д)все перечисленное

036.Выраженный общий цианоз наблюдается

- а)при атрезии трехстворчатого клапана
- б)при коарктации аорты
- в)при открытом артериальном протоке
- г)при дефекте межжелудочковой перегородки

037.Легочная гипертензия не наблюдается

- а)при открытом артериальном протоке
- б)при дефекте межпредсердной перегородки
- в)при изолированном стенозе легочной артерии
- г)при дефекте межжелудочковой перегородки

038.При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением

- а)одышки и непереносимости физической нагрузки
- б)повторных пневмоний
- в)акцента второго тона на легочной артерии
- г)судорог

039.Частые пневмонии могут наблюдаться при пороках сердца, кроме

- а)атриовентрикулярной коммуникации
- б)дефекта межжелудочковой перегородки
- в)тетрады Фалло
- г)межпредсердного дефекта

040.При тетраде Фалло не бывает

- а)вынужденного положения
- б)приступов глубокого цианоза
- в)бессимптомного течения
- г)пальцев в виде "барабанных палочек"
- д)полицитемии

041.Одышечно-цианотические приступы наблюдаются

- а)при дефекте межпредсердной перегородки
- б)при тетраде Фалло
- в)при открытом артериальном протоке
- г)при дефекте межжелудочковой перегородки

042.При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно

- а)ввести стофантин

- б) дать кислород
- в) назначить анаприлин (обзидан)
- г) назначить промедол

043. При тетраде Фалло применяют

- а) дигоксин
- б) анаприлин
- в) лазикс
- г) целанид

044. К врожденным порокам сердца, которые лечат оперативно в первые годы жизни ребенка, относятся все перечисленные, за исключением

- а) открытого артериального протока
- б) коарктации аорты
- в) транспозиции крупных сосудов
- г) открытого овального окна

045. При системной красной волчанки наиболее характерным является

- а) синдром Рейно
- б) наличие LE-клеток
- в) периорбитальная эритема
- г) дисфагия

046. Из перечисленных иммунологических показателей наибольшее диагностическое значение при системной красной волчанке имеют

- а) иммуноглобулины М
- б) иммуноглобулины А
- в) АСЛО
- г) антитела к ДНК

047. При грануломатозе Вегенера редко наблюдается

- а) поражение дыхательных путей
- б) нефропатии
- в) поражение носоглотки
- г) изменения со стороны нервной системы

048. Какой из перечисленных симптомов не характерен для хронического панкреатита

- а) абдоминальные боли
- б) стеаторея
- в) креаторея
- г) водная диарея
- д) диабет

049. Какой из ниже перечисленных препаратов реже других вызывает формирование эрозивного гастрита

- а) анальгин
- б) индометацин
- в) резерпин
- г) салицилаты

050. Укажите осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни кроме одного

- а) пищевод Баррета
- б) мегаэзофагус
- в) пептические язвы, кровотечения
- г) стриктуры пищевода

051. Для ГЭРБ не характерно

- а) изжога
- б) боли за грудиной
- в) кашель
- г) инспираторная одышка
- д) афония
- е) дисфагия

052. Какой препарат не относится к прокинетикам

- а) мотилиум
- б) нексиум
- в) метоклопромид
- г) кординакс

053. Ведущий фактор, способствующий развитию синдрома функциональной диспепсии

- а) алиментарные погрешности
- б) вредные привычки
- в) нарушения моторики желудка и 12-перстной кишки
- г) прием лекарственных препаратов

054. Для постановки диагноза хронического гастрита решающее значение имеет

- а) рентгенологическое исследование
- б) Рн-метрия
- в) эндоскопия
- г) гистологическое исследование биоптата
- д) желудочное зондирование

055. Укажите препарат, не обладающий антихеликобактерной активностью

- а) де-нол
- б) трибимол
- в) метронидазол
- г) мамирон
- д) фуразолидон

056. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести

- а) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием с проведением водно-сифонной пробы
- б) гастрофибродуоденоскопию
- в) внутрижелудочную рН-метрию
- г) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием

057. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является

- а) гастрофибродуоденоскопия
- б) рентгенография желудочно-кишечного тракта с барием
- в) исследование кала на скрытую кровь
- г) анализ крови

058. Дивертикул пищевода может осложниться

- а) дивертикулитом
- б) ахалазией
- в) халазией
- г) диафрагмальной грыжей

059. Для эзофагита характерно

- а) боли за грудиной
- б) метеоризм
- в) жидкий стул
- г) запоры

060. Причиной срыгивания у грудных детей является

- а) тупой угол перехода пищевода в желудок
- б) высокий тонус желудка в пилорическом отделе
- в) высокое внутрибрюшное давление
- г) все перечисленное

061. Наличие изжоги свидетельствует

- а) о забросе желудочного содержимого в пищевод
- б) о повышении кислотности желудочного содержимого
- в) о диафрагмальной грыже
- г) о язвенной болезни желудка

062. Приступ кетоацидоза не провоцирует

- а) интеркуррентное заболевание
- б) перекорм жирами, белками
- в) перекорм углеводами
- г) голодание

063. Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно

- а) жидкий стул
- б) боли в животе

- в) головная боль
- г) ацетонурия

064. Из перечисленных биохимических исследований сыворотки крови при кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на

- а) уровень глюкозы
- б) протромбин
- в) билирубин
- г) остаточный азот

065. Из перечисленных продуктов при кетоацидозе нежелательны

- а) жиры
- б) овощные блюда
- в) легко усвояемые углеводы
- г) щелочное питье

066. Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме

- а) витаминотерапии
- б) восстановления объема циркулирующей крови
- в) коррекции кислотно-щелочного равновесия
- г) оксигенотерапии

067. При острой дыхательной недостаточности неотложная помощь не включает

- а) обеспечение проходимости дыхательных путей
- б) стимуляцию кашля
- в) оксигенотерапию
- г) применение препаратов, содержащих кофеин

068. К доступным способам восстановления свободной проходимости дыхательных путей относятся все перечисленные, кроме

- а) разгибания шеи
- б) обследования и освобождения ротоглотки от слизи, инородных тел пальцем
- в) вывода и фиксации языка
- г) трахеостомии

069. При лечении больных с подвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение

- а) диуретиков
- б) гормонов
- в) симпатомиметиков
- г) парокислородных ингаляций

070. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается

- а) в восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости
- б) в восстановлении объема циркулирующей плазмы ОЦК
- в) в дезинтоксикации
- г) в восстановлении объема циркулирующих эритроцитов
- д) в устранении дефицита калия

071. Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является

- а) 0.3% раствор хлорида калия
- б) 1% раствор хлорида калия
- в) раствор фосфата калия
- г) смесь 20% раствора глюкозы и 7.5% раствора хлорида калия

072. Какие из перечисленных показателей отражают полноту и качество диспансерного наблюдения за здоровьем детей?

- а) число детей, находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев (в процентах)
- б) число детей первого года жизни, отнесенных к первой группе здоровья
- в) динамика состояния здоровья детей по группам здоровья от периода новорожденности до года
- г) частота осмотра педиатром

073. По каким показателям можно оценить эффективность первого этапа диспансеризации на педиатрическом участке?

- а) снижение детской смертности
- б) снижение острой заболеваемости
- в) отсутствие отрицательной динамики по группам здоровья

г) число детей, отнесенных к первой группе здоровья

074. В задачи кабинета здорового ребенка входит все, кроме

- а) изучения фактического питания ребенка
- б) расчета питания с последующей коррекцией
- в) пропаганды свободного вскармливания
- г) пропаганды знаний по кулинарно-технологической обработке блюд для детей 1 года жизни

075. При гипогалактии рекомендуется все, кроме

- а) полноценного питания
- б) редкое прикладывание к груди
- в) частое прикладывание к груди
- г) ночные грудные кормления

076. Прикорм ребенку в возрасте 4 месяцев нельзя вводить

- а) при остром заболевании
- б) при анемии
- в) при рахите
- г) при упорных срыгиваниях

077. Что такое свободное вскармливание

- а) кормление по фиксированным часам
- б) кормление по фиксированному объему порции, без учета количества приемов пищи
- в) кормление по требованию ребенка
- д) все перечисленное

078. Сроки введения первого прикорма

- а) с 4-х мес
- б) с 5-ти мес
- в) с 6-ти мес
- г) в срок от 4 до 6-ти мес

079. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть

- а) аспирационная пневмония
- б) язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
- в) гнойный лептоменингит, остеомиелит
- г) все перечисленные

080. Анемия у беременных чаще всего является

- а) гипопластической
- б) железодефицитной
- в) постгеморрагической
- г) гемолитической

081. Какие из перечисленных антибиотиков можно назначить беременной женщине без риска для плода?

- а) цефалоспорины
- б) аминогликозиды
- в) тетрациклин
- г) все перечисленные

082. Какие антикоагулянты можно применять в любом сроке беременности без риска для плода?

- а) неодикумарин
- б) гепарин
- в) натрия гидроцитрат
- г) все перечисленные

083. Укажите основной путь инфицирования плода при активном туберкулезе у матери

- а) трансплацентарный
- б) восходящий
- в) через половые клетки отца и матери
- г) при прохождении плода по родовым путям

084. Наличие симптомов гиперфункции щитовидной железы в раннем неонатальном периоде у детей от матерей с тиреотоксикозом связано

- а) с трансплацентарной передачей плоду тироксина
- б) с трансплацентарной передачей плоду тиреотропного гормона
- в) с трансплацентарной передачей плоду тиреостимулирующих иммуноглобулинов

г)все ответы правильные

085. Действие на новорожденного переданных ему трансплацентарно от матери с тиреотоксикозом тиреостимулирующих иммуноглобулинов может сохраняться в течение

- а) 1 месяца
- б) 6 месяцев
- в) 1 года
- г) 2 лет

086. При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь

- а) кожа и слизистые оболочки
- б) кости
- в) печень
- г) центральная нервная система

087. Прием беременной женщиной тетрациклина может вызвать у плода

- а) поражение глаз
- б) поражение скелета
- в) поражение зачатков зубов
- г) все перечисленное

088. Потребность плода в железе значительно возрастает

- а) с 12 недель
- б) с 20 недель
- в) с 28 недель
- г) с 36 недель

089. В семье, где оба родителя больны хроническим алкоголизмом, родился доношенный мальчик массой тела 2200 г, ростом 48 см. В клинической картине: микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Выберите правильный диагноз

- а) микроцефалия, множественные стигмы дисэмбриогенеза, внутриутробная гипотрофия
- б) эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия
- в) алкогольный синдром плода, микроцефалия
- г) все ответы правильные

090. Острый гломерулонефрит чаще развивается

- а) на фоне респираторного вирусного заболевания
- б) через 7-14 дней после стрептококковой инфекции
- в) через месяц после переохлаждения

091. К ведущим симптомам гломерулонефрита с нефротическим синдромом относятся все перечисленные, за исключением

- а) отека
- б) гипертонии
- в) протеинурии более 3 г/л
- г) олигурии

092. При каком гломерулонефрите в начале заболевания может наблюдаться абактериальная лейкоцитурия?

- а) с нефритическим синдромом
- б) при подостром злокачественном
- в) с нефротическим синдромом
- г) при всех формах гломерулонефрита

093. Для какого заболевания характерна гипер-g-глобулинемия?

- а) для гломерулонефрита, нефротической формы
- б) для волчаночного нефрита
- в) для гломерулонефрита, смешанной формы
- г) для острого нефрита

094. Об активности острого гломерулонефрита не свидетельствует

- а) ускоренная СОЭ
- б) диспротеинемия
- в) гиперкоагуляция
- г) анемия

095. Осложнением острого гломерулонефрита не является

- а) почечная недостаточность
- б) эклампсия

- в) сердечная недостаточность
- г) печеночная недостаточность

096. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением

- а) олигоанурии
- б) артериальной гипертензии
- в) отека
- г) микропротеинурии

097. Ингибитором синтеза ангиотензина-II является

- а) анаприлин
- б) верошпирон
- в) дибазол
- г) каптоприл

098. Для сыпи при ветряной оспе характерны все следующие особенности, кроме

- а) полиморфизма с преобладанием везикул, их легкого опорожнения после прокола, пупковидного вдавливания у отдельных элементов
- б) преимущественной локализации на лице, волосистой части головы, туловище, конечностях
- в) "толчкообразных" высыпаний с 1-2-дневными промежутками
- г) одномоментных (в течение дня) высыпаний, многокамерности элементов
- д) высыпаний на слизистых оболочках, ладонях и подошвах

099. Укажите особенности сыпи при брюшном тифе

- а) розеолезная, появляющаяся в 1-3-й дни болезни одномоментно
- б) розеолезно-петехиальная, появляющаяся на 5-7 день с последующим подсыпанием
- в) розеолезная, появляющаяся одномоментно на 8-10-й дни
- г) розеолезная, появляющаяся на 8-10-й дни с последующим подсыпанием

100. Гастроинтестинальная форма иерсиниоза проявляется всеми следующими симптомами, кроме

- а) разжиженного зловонного стула с примесью слизи и зелени
- б) приступообразных болей в животе
- в) водянистой диареи, эксикоза II-III степени
- г) выраженной интоксикации
- д) сыпи, концентрирующейся вокруг суставов, симптома "перчаток" и "носков", артралгии

Эталоны ответов (вариант № 1)

1	в	26	А	51	Г	76	а
2	б	27	В	52	Б	77	в
3	а	28	Б	53	В	78	г
4	в	29	Б	54	Г	79	г
5	г	30	Г	55	Б	80	б
6	г	31	Б	56	а	81	а
7	а	32	А	57	а	82	б
8	а	33	Г	58	а	83	а
9	в	34	Г	59	а	84	в
10	а	35	Д	60	Г	85	в
11	а	36	А	61	а	86	в
12	б	37	В	62	в	87	г
13	б	38	Г	63	г	88	в
14	г	39	В	64	а	89	в
15	в	40	В	65	а	90	б
16	г	41	Б	66	а	91	б
17	г	42	А	67	г	92	г
18	в	43	Б	68	г	93	б
19	а	44	Г	69	б	94	г
20	а	45	Б	70	б	95	г
21	а	46	Г	71	г	96	г
22	б	47	Г	72	в	97	г
23	а	48	Г	73	в	98	г
24	в	49	В	74	в	99	г
25	г	50	Б	75	б	100	в

01. При фенилкетонурии доминирует

- а) поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
- б) депрессия гемопоза
- в) неврологическая симптоматика
- г) экзема и альбинизм

02. Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего проявляется

- а) грибковыми заболеваниями
- б) частыми заболеваниями микробной этиологии
- в) частыми вирусными заболеваниями

03. Какие ведущие признаки атопического дерматита?

- а) генетическая предрасположенность к атопии
- б) повышение уровня сывороточного IgE
- в) хроническое течение
- г) все перечисленное

04. В случае неэффективности лечения атопического дерматита, о чем надо подумать?

- а) присоединение вторичной инфекции
- б) о иммунодефицитном состоянии
- в) о контактном дерматите
- г) о всем перечисленном

05. Пневмоторакс без развития плеврита типичен

- а) для стафилококковой пневмонии
- б) для пневмококковой пневмонии
- в) для пневмоцистной пневмонии
- г) для микоплазменной пневмонии

06. Усиление голосового дрожания встречается чаще

- а) при плеврите
- б) при пневмотораксе
- в) при инфильтративном легочном процессе
- г) при легочной эмфиземе
- д) при ателектазе

07. Диагностировать гнойный плеврит позволяет

- а) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в большую сторону
- б) усиление голосового дрожания
- в) ослабленное дыхание с бронхофонией
- г) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

08. Гиперлейкоцитоз с резким нейтрофильным и юным сдвигом типичен

- а) для микоплазменной пневмонии
- б) для пневмоцистной пневмонии
- в) для синегнойной пневмонии
- г) для стафилококковой пневмонии

09. Для лечения "домашних" пневмоний показан

- а) гентамицин
- б) амоксициллин
- в) эритромицин
- г) метранидазол

10. Нецелесообразен для лечения пневмококковой пневмонии

- а) гентамицин
- б) амоксициллин
- в) пенициллин
- г) цефазолин

11. Причиной экспираторной одышки является

- а) стеноз гортани
- б) пневмония
- в) бронхоспазм
- г) трахеит

12. Для выявления междолевого выпота показана

- а) томография

- б) боковой снимок
- в) плевральная пункция
- г) прямая рентгенограмма

013. Для подтверждения врожденного порока бронхов показана

- а) бронхография
- б) томография
- в) пневмотахометрия
- г) бронхоскопия

014. Правильная тактика назначения, программного лечения

- а) назначить лечение при подозрении на острый лейкоз
- б) после анализа крови
- в) после данных миелограммы иммунофенотипирования
- г) при развернутой клинике острого лейкоза
- д) после данных миелограммы

015. Нетипичные изменения состава периферической крови при хроническом миелолейкозе

- а) лейкоцитоз нейтрофильный
- б) левый сдвиг до промиелоцитов, миелобластов
- в) тромбоцитоз
- г) лимфобласты в периферической крови

016. Какие гемобластозы из перечисленных характерны для детского возраста?

- а) миеломная болезнь
- б) моноцитарный лейкоз
- в) хронический лимфолейкоз
- г) сублейкемический миелоз (миелосклероз)

017. Возможные жалобы при лимфогранулематозе, кроме

- а) температурной реакции с ознобом
- б) слабости, потливости
- в) желтухи с зудом
- г) кровоточивости

018. Основная причина развития болезней накопления

- а) врожденная энзимопатия
- б) хроническое воспаление
- в) злокачественная пролиферация
- г) приобретенная энзимопатия

019. Для каких вирусных инфекций не характерна спленомегалия?

- а) инфекционного мононуклеоза
- б) болезни кошачьих царапин
- в) ветряной оспы
- г) цитомегалии

020. Для какого заболевания не характерна спленомегалия?

- а) субсепсиса Висслера - Фанкони
- б) системной красной волчанки
- в) ревматоидного артрита
- г) склеродермии

021. Для какого гематологического заболевания не характерна спленомегалия?

- а) тромбоцитопенической пурпуры
- б) лейкоза острого, хронического
- в) гемолитической анемии
- г) лимфогранулематоза

022. При диабетической кетоацидотической коме обычно не наблюдаются

- а) боли в животе
- б) потеря сознания
- в) запах ацетона
- г) судороги

023. Для первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) не характерно

- а) повышение сахара в крови
- б) полиурия

- в)артериальная гипертензия
- г)мышечная слабость

024.У девочки 14 лет диффузное увеличение щитовидной железы III степени. Кожа влажная, горячая, Экзофтальмия. Положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Тахикардия.

Артериальное давление - 140/60 мм рт. ст. Установлен диагноз - "диффузный токсический зоб III степени, тяжелая форма"

- а)диагноз верен
- б)диагноз не верен
- в)необходимо исключить опухоль мозга
- г)необходимо исключить ревматизм

025.Начало диареи в первые недели жизни не характерно

- а)для муковисцидоза
- б)для целиакии
- в)для недостаточности лактозы
- г)для дефицита энтерокиназы
- д)диарея развивается с первых недель при всех заболеваниях

026. Какие симптомы включает синдром изменения функционального состояния ЦНС при гипотрофии

- а) нарушение терморегуляции
- б) мышечная дистония
- в) преобладание отрицательных эмоций
- г) все перечисленное

027. Что такое гипостатура

- а) задержка внутриутробного развития
- б) равномерное отставание в массе и росте при некотором снижении упитанности и тургора
- в) хроническое расстройство питания с гипоплазией соединительной ткани
- г) все перечисленное

028. Что такое квашиоркор

- а) хроническое расстройство питания при дефиците животных белков
- б) хроническое расстройство питания при дефиците животных жира
- в) хроническое расстройство питания при дефиците калорий

029. Какими симптомами характеризуется нанизм

- а) отставание в росте более чем на 3σ при нормальной упитанности
- б) равномерное отставание в массе и росте
- в) дефицит массы при незначительном дефиците роста

030.При склеродермии наиболее часто наблюдается

- а)поражение печени
- б)кардиопатия
- в)нефропатия
- г)поражение кожи

031.При дерматомиозите наиболее часто наблюдается

- а)синдром Рейно
- б)генерализованное поражение мышц
- в)нейропатия
- г)нефропатия

032.При ревматоидном артрите может наблюдаться

- а)высокая лихорадка
- б)перикардит
- в)увеличение лимфоузлов
- г)СОЭ 60 мм/ч
- д)все перечисленное

033.При ревматоидном артрите не отмечается

- а)поражение мелких суставов
- б)утренняя скованность суставов
- в)длительное течение артрита
- г)"летучесть" болей

034.Ревматоидный артрит характеризуется

- а) сочетанием с эндокардитом
- б) летучим характером поражения суставов
- в) циклическим течением с полным и быстрым обратным развитием
- г) наличием остаточных деформаций

035. Ревматической атаке наиболее часто предшествует

- а) стрептококковая инфекция
- б) стафилококковая инфекция
- в) сепсис
- г) кишечная инфекция

036. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38-С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз

- а) постинфекционный миокардит
- б) ревматизм
- в) ревматоидный артрит
- г) септический кардит

037. К основным критериям ревматизма по Киселю - Джонсу – Нестерову из числа перечисленных относится

- а) повышение титра АСЛО
- б) абдоминальный синдром
- в) полиартрит
- г) снижение зубца Т на ЭКГ

038. Из перечисленных признаков в основные диагностические критерии ревматизма входит

- а) полиартралгии
- б) хорея
- в) лихорадка
- г) увеличенная СОЭ

039. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является

- а) очаговая инфекция
- б) кардит
- в) общее недомогание
- г) артралгия

040. При ревматическом поражении суставов наблюдается

- а) утренняя скованность
- б) рецидивирующий полиартрит
- в) ночные локализованные боли
- г) доброкачественное течение полиартрита

041. При ревматизме наибольшее диагностическое значение имеет

- а) иммуноглобулины А
- б) АСЛО
- в) иммуноглобулины G
- г) ревматоидный фактор

042. Из перечисленных показателей гемограммы свидетельствуют об активном воспалительном процессе при ревматизме все, кроме

- а) лейкоцитоза
- б) увеличения СОЭ
- в) лимфоцитоза
- г) тромбоцитоза

043. При тяжелой атаке ревматизма чаще отмечается

- а) изолированный тяжелый миокардит
- б) изолированный перикардит
- в) изолированный эндокардит
- г) эндомиокардит

044. Эндомиокардит чаще наблюдается

- а) при ревматизме
- б) при инфекционно-аллергическом миокардите
- в) при системной красной волчанке
- г) при ревматоидном артрите

- 045. При ревматическом эндокардите чаще наблюдается поражение**
- а) аортального клапана
 - б) двухстворчатого клапана
 - в) трехстворчатого клапана
 - г) легочной артерии
- 046. Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является**
- а) фиброэластоз
 - б) системная красная волчанка
 - в) ревматизм
 - г) септический эндокардит
- 047. При митральной недостаточности систолический шум бывает**
- а) нежный, короткий, непостоянный
 - б) грубый, с эпицентром в V точке
 - в) протяжный, дующий, связанный с I тоном, не исчезающий в динамике в V точке
 - г) протяжный, дующий, связанный с I тоном, стойкий в динамике и при перемене положения, с максимумом на верхушке сердца
- 048. Наиболее характерным признаком при ахалазии является**
- а) рвоты во время еды
 - б) отказ от еды
 - в) рвота застойным содержимым желудка
 - г) рвота после еды
- 049. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием**
- а) гастроэзофагеального рефлюкса III-IV степени
 - б) диафрагмальной грыжей
 - в) язвенной болезнью
 - г) гастритом
- 050. Какой из перечисленных методов наиболее объективно определяет кислотность?**
- а) ацидотест
 - б) одномоментное исследование по Боасу - Эвальду
 - в) фракционное исследование с последующим титрованием
 - г) pH-метрия
- 051. Каковы показания для определения кислотности желудочного содержимого у детей?**
- а) дизуретические явления
 - б) голодные боли в эпигастриальной области
 - в) боли при дефекации
 - г) дисфагия
- 052. При гиперацидности не характерны**
- а) понос
 - б) тошнотворная боль в гастродуоденальной зоне
 - в) запор
 - г) обложенность языка
- 053. Наиболее информативным исследованием при гастрите является**
- а) эндоскопия
 - б) рентгеноконтрастное исследование желудка
 - в) абдоминальное УЗИ
 - г) pH-метрия желудка
- 054. Синдром пилороспазма наиболее часто определяется у детей в возрасте**
- а) до 6 месяцев
 - б) до 3 лет
 - в) дошкольном
 - г) школьном
- 055. Причинами развития синдрома пилороспазма у детей старшего возраста не является**
- а) чрезмерное закисление пищи
 - б) ошелачивание пищи
 - в) язва привратника

г)бульбит

056.Пилоростеноз у ребенка раннего возраста является

- а)врожденным функциональным нарушением
- б)врожденным анатомическим дефектом
- в)последствием неправильного кормления
- г)последствием внутричерепной гипертензии

057.Какой признак не отражает недостаточность привратника?

- а)боли в эпигастрии во время еды
- б)позыв на дефекацию во время еды
- в)разжижение стула
- г)рвота без примеси желчи

058.Что может способствовать закрытию привратника?

- а)прием кислой пищи в начале еды
- б)запивание еды жидкостью
- в)жирная пища
- г)пресное молоко

059.Дуоденогастральные рефлюксы могут способствовать развитию

- а)дивертикула желудка
- б)перегиба желудка
- в)язвы пищевода
- г)антрального гастрита

060.Какой признак наименее информативен для распознавания дуоденогастрального рефлюкса?

- а)примесь желчи к извлеченному желудочному содержимому
- б)обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
- в)горечь во рту
- г)гиперацидность

061.Для диагностики дуоденита наименее информативны данные

- а)эндоскопии
- б)рентгеноскопии
- в)рентгенографии
- г)копрологии

062.Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является

- а)отечность, гиперемия слизистой оболочки
- б)гиперсекреция слизи
- в)картина "булыжной мостовой"
- г)феномен "манной крупы"

063.Для распознавания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наименее информативно исследование

- а)рентгеноконтрастное с барием
- б)гастродуоденофиброскопия
- в)кала на скрытую кровь
- г)абдоминальное УЗИ

064.Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является

- а)кровотечение
- б)перфорация
- в)пенетрация в поджелудочную железу
- г)малигнизация

065.В диете при язвенной болезни наименее целесообразно использовать

- а)отварное мясо
- б)омлет
- в)кисломолочные продукты
- г)пресное молоко, сливки

066.Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является

- а)10% раствор хлорида натрия
- б)0.9% раствор хлорида натрия
- в)раствор Рингера (рингер-лактат, лактасол)

г)дисоль

067.Трансфузионные реакции на переливание крови наиболее часто наблюдаются

- а)при нарушении свертывающей системы крови пациента
- б)при острой почечной недостаточности
- в)при переливании иногруппной крови

068.Какое осложнение наиболее часто возникает при использовании венозных катетеров?

- а)флебит
- б)травма катетером сердц
- в)эмболия
- г)пневмоторакс

069.К мероприятиям, проводимым после извлечения утонувшего из водоема, относятся все перечисленные, кроме

- а)освобождения дыхательных путей и желудка от жидкости
- б)обследования ротоглотки пальцем
- в)проведения искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца
- г)измерения почасового диуреза

070.К признакам солнечного удара относятся все перечисленные, кроме

- а)головной боли
- б)тошноты, рвоты
- в)жидкого стула
- г)повышения температуры тела

071.Противоотечная терапия при черепно-мозговой травме показана для предотвращения

- а)нарастания гематомы
- б)нарастания внутричерепного давления

072. В какие сроки беременности действовали повреждающие факторы, если у ребенка обнаруживаются врожденные уродства?

- а)8-12 недель
- б)14-16 недель
- в)20-25 недель
- г)28-32 недели

073.Укажите правильный порядок исследования критериев здоровья (выберите нужный вариант)

- а)1-установление диагноза 2-оценка физического развития
3-оценка резистентности 4-исследование функционального состояния 5-оценка нервно-психического развития 6-сбор анамнеза
- б)1-оценка функционального состояния 2-оценка резистентности 3-оценка физического развития 4-оценка нервно-психического развития 5-сбор анамне 6-установление диагноза
- в)1-сбор анамнеза 2-оценка физического развития 3-оценка нервно-психического развития 4-оценка резистентности 5-оценка функционального состояния 6-установление диагноза
- г)порядок не имеет значения

074.Здоровых новорожденных можно прикладывать к груди матери при отсутствии противопоказаний с ее стороны

- а)сразу после рождения
- б)не позднее 2 часов после рождения
- в)через 6 часов
- г)через 12 часов

075.Кратность питания здорового новорожденного при достаточной лактации составляет

- а)7 раз
- б)6 раз
- в)5 раз
- г)4 раза
- д) по желанию ребенка

076.Суточный объем пищи для детей с 10-го по 29-й день жизни составляет

- а)1/4 от массы тела

- б) 1/5 от массы тела
- в) 1/6 от массы тела
- г) 1/7 от массы тела

077. Объемный метод расчета питания детей в возрасте от 2 до 4 месяцев составляет

- а) 1/5 от массы тела
- б) 1/6 от массы тела
- в) 1/7 от массы тела
- г) 1/8 от массы тела

078. Суточный объем пищи для детей от 4 до 6 месяцев

- а) 1/5 от массы тела
- б) 1/6 от массы тела
- в) 1/7 от массы тела
- г) 1/8 от массы тела

079. Суточная потребность в белке у детей 1-4 месяцев жизни при естественном вскармливании составляет

- а) 2.2 г/кг
- б) 3.5 г/кг
- в) 4 г/кг
- г) 3 г/кг

080. С какого месяца внутриутробного развития плод способен вырабатывать антитела при встрече с антигеном?

- а) с 3-4 месяцев
- б) с 5-6 месяцев
- в) с 7-8 месяцев
- г) с 9 месяцев

081. Какое осложнение характерно для врожденной краснухи?

- а) хориоретинит
- б) катаракта
- в) миокардит
- г) геморрагический синдром

082. Какое осложнение характерно для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки В?

- а) хориоретинит
- б) катаракта
- в) миокардит
- г) геморрагический синдром

083. В каком сроке беременности наиболее опасно заболевание женщины краснухой?

- а) на 1-м месяце
- б) на 4-м месяце
- в) на 8-м месяце
- г) на любом сроке

084. При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит?

- а) при токсоплазмозе
- б) при микоплазмозе
- в) при хламидиозе
- г) при цитомегалии

085. К какой патологии чаще всего приводит влияние различных вредностей в первые 2 месяца беременности?

- а) к развитию дистрофических и некротических процессов
- б) к развитию воспалительных процессов
- в) к формированию пороков развития
- г) к патологии иммунной системы

086. Какой фактор в большей степени определяет клиническую картину при внутриутробных инфекциях?

- а) сроки внутриутробного поражения
- б) токсичность возбудителя
- в) путь проникновения инфекции
- г) состояния реактивности организма плода

087. Как влияет заболевание сахарным диабетом матери на состояние инсулярного аппарата у плода?

- а) тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода
- б) активизирует клетки инсулярного аппарата

- в)приводит к атрофии инсулярного аппарата
- г)не оказывает никакого влияния

088.Курение женщины во время беременности может привести к рождению

- а)недоношенного ребенка
- б)ребенка с внутриутробной гипотрофией
- в)ребенка, маленького к гестационному возрасту
- г)все перечисленное

089.Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение

- а)контакт матери с животными
- б)повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности
- в)наличие в анамнезе самопроизвольных абортов после 5-го месяца беременности
- г)все перечисленное

090.Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке свидетельствует

- а)о пиелонефрите
- б)о тубуло-интерстициальном нефрите
- в)о гломерулонефрите
- г)о наследственном нефрите

091.Гиперлипидемия наиболее характерна

- а)для гломерулонефрита с нефротическим синдромом
- б)для гломерулонефрита с нефритическим синдромом
- в)для пиелонефрита
- г)для тубуло-интерстициального нефрита

092.Экскреция оксалатов, уратов в моче определяется обычно

- а)в суточной моче
- б)в утренней порции
- в)в трехчасовой моче
- г)во всем перечисленном

093.Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать

- а)о нарушении обмена кальция
- б)о нарушении обмена щавелевой кислоты
- в)о нарушении обмена цистеина
- г)о нарушении обмена пуринов

094.При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением

- а)наличия рефлюксов
- б)состояния уретры
- в)функционального состояния почек
- г)количества остаточной мочи

095.Показанием для проведения внутривенной урографии является все перечисленное, за исключением

- а)болей в животе неясной этиологии
- б)стойкой лейкоцитурии
- в)травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания
- г)острого периода гломерулонефрита

096.Показанием к биопсии почек является все перечисленное, кроме

- а)гломерулонефрита при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 6 месяцев и более
- б)тубулоинтерстициальный нефрит
- в)подозрения на поликистоз
- г)бессимптомной гематурии

097.Наиболее тяжелым морфологическим вариантом гломерулонефрита является

- а)минимальные изменения клубочков
- б)фокально-сегментарный гломерулонефрит
- в)экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями
- г)экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

098.При эпидемическом паротите возможно развитие всех перечисленных синдромов, кроме

- а)серозного менингита
- б)гнойного менингита
- в)панкреатита
- г)орхита

д) тиреоидита

099. Для коклюша типичны все следующие симптомы, кроме

- а) гипертермии
- б) одутловатости лица
- в) толчкообразного кашля с судорожным вдохом
- г) выделения вязкой мокроты
- д) рвоты при кашле

100. Типичной локализацией сыпи при краснухе является

- а) лицо, туловище, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы
- б) боковые поверхности туловища, внутренняя поверхность бедер, сгибательные поверхности конечностей
- в) поэтапное распространение сыпи на лицо, туловище, конечностях
- г) туловище, конечности с концентрацией элементов на стопах, кистях, вокруг суставов
- д) типичная локализация нехарактерна

Эталоны ответов (вариант № 2)

1	в	26	г	51	Б	76	б
2	б	27	б	52	А	77	б
3	г	28	а	53	А	78	в
4	г	29	а	54	А	79	а
5	в	30	г	55	Б	80	б
6	в	31	б	56	Б	81	б
7	г	32	д	57	Г	82	в
8	г	33	г	58	А	83	а
9	б	34	г	59	Г	84	в
10	а	35	а	60	Г	85	в
11	в	36	б	61	Г	86	а
12	б	37	в	62	Б	87	б
13	а	38	б	63	Г	88	г
14	в	39	б	64	А	89	г
15	г	40	г	65	В	90	а
16	б	41	б	66	В	91	а
17	г	42	в	67	В	92	а
18	а	43	г	68	А	93	г
19	в	44	а	69	Г	94	в
20	г	45	б	70	В	95	г
21	а	46	в	71	Б	96	в
22	г	47	г	72	Б	97	в
23	а	48	а	73	В	98	б
24	а	49	а	74	А	99	а
25	б	50	г	75	Д	100	а

ВАРИАНТ 3

001. Достоверное определение пола при вирильной форме аденогенитального синдрома возможно путем

- а) пальпации яичек
- б) определения 11-оксикортикостероидов
- в) определения полового хроматина
- г) определения кариотипа

002. Дефицит клеточного иммунитета проявляется всем, кроме

- а) частых заболеваний вирусной этиологии
- б) отставания в физическом развитии
- в) грибковых заболеваний
- г) частых заболеваний микробной этиологии

003. Какие исследования подтверждают эозинофилию, обусловленную атопией?

- а) анализ кала на яйца глистов
- б) определение содержания гистамина в крови и моче
- в) определение уровня общего IgE
- г) определение концентрации IgM

004. К необходимым исследованиям для дифференциальной диагностики гастроинтестинальной формы пищевой аллергии и кишечной инфекции относятся все перечисленные, за исключением

- а) анализа кала на копрологию
- б) анализа кала на кишечную группу

- в) определения содержания IgE в периферической крови
- г) ректороманоскопии

005. Развитие пиоторакса в первые 2-3 дня от начала заболевания типично

- а) для пневмококковой пневмонии
- б) для пневмоцистной пневмонии
- в) для микоплазменной пневмонии
- г) для стафилококковой пневмонии

006. Клиническими симптомами идиопатического диффузного фиброза легких является все, кроме одного

- а) одышка
- б) сухой кашель
- в) влажные хрипы
- г) крепитирующие хрипы, напоминающие «треск целофана»
- д) акроцианоз

007. Изменения функции внешнего дыхания при идиопатическом диффузном фиброзе легких

- а) рестриктивные
- б) обструктивные
- в) смешанные

008. При остром течении экзогенного аллергического альвеолита отмечается следующие признаки, кроме одного

- а) одышка
- б) мелкопузырчатые хрипы
- в) эозинофилия
- г) бронхообструктивный синдром

009. Какой из перечисленных клинических признаков отсутствует при экссудативном плеврите

- а) ослабление дыхания
- б) притупление перкуторного звука
- в) бронхиальный тип дыхания
- г) ослабленное голосовое дрожание

010. Какое мероприятие является главным при напряженном пневмотораксе

- а) интубация и искусственное дыхание
- б) кислородотерапия
- в) плевральная пункция и дренаж
- г) возвышенное положение

011. В этиологии пневмонии в первом полугодии жизни меньшее значение имеет флора

- а) стафилококк
- б) пневмококк
- в) клебсиелла
- г) синегнойная палочка

012. В этиологии пневмонии у редко болеющих детей после года ведущее значение имеет

- а) пневмококк
- б) стрептококк
- в) стафилококк
- г) клебсиелла

013. Какую пневмонию можно отнести к типичной для иммунодефицитного состояния?

- а) пневмококковую
- б) стафилококковую
- в) микоплазменную
- г) пневмоцистную

014. Что не относится к гематологическим признакам микросфероцитарной анемии?

- а) микросфероцитоз
- б) ретикулоцитоз
- в) снижение осмотической резистентности эритроцитов
- г) положительная проба Кумбса

015. Какой клинический признак не характерен для гемоглобинопатий?

- а) проявления тромбофилии

- б) спленомегалия
- в) гемолитическая анемия
- г) повышенная кровоточивость

016. Основные клинические проявления тромбофилии при серповидноклеточной анемии следующие, кроме

- а) костно-суставных поражений (припухлости, асептические некрозы и др.)
- б) пневмопатий (инфаркты, пневмониты)
- в) тромбозов и инфарктов любой локализации
- г) спонтанные кровотечения

017. Что не следует назначать при сфероцитарной гемолитической анемии?

- а) профилактику тромбофилии
- б) оксигенотерапию
- в) препараты железа
- г) по показаниям гемотрансфузии

018. Основные критерии диагностики парциальной красноклеточной аплазии следующие, кроме

- а) изолированной нормохромной анемии
- б) ретикулоцитопении
- в) угнетения костномозгового эритропоэза
- г) ретикулоцитоза

019. При каких заболеваниях ДВС-синдром протекает с выраженной микроангиопатической гемолитической анемией

- а) гемолитико-уремическом синдроме
- б) болезни Мошковиц
- в) грам-отрицательном сепсисе
- г) всех перечисленных

020. Что не относится к основным клиническим признакам апластических анемий?

- а) анемия
- б) пурпура
- в) значительное увеличение лимфоузлов и селезенки
- г) воспаление слизистых оболочек (рта, прямой кишки, гениталий)

021. При остром лейкозе не характерно

- а) нейтропения абсолютная
- б) увеличение молодых форм нейтрофилов
- в) увеличение зрелых сегментоядерных нейтрофилов
- г) лейкоэмическое зияние

022. У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение III степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление - 140/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз

- а) конституционально-экзогенное ожирение
- б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- в) церебральное ожирение

023. При врожденном первичном гипотиреозе наблюдается все перечисленное, кроме

- а) гиперхолестеринемии
- б) задержки дифференцировки костей скелета
- в) остеопороза
- г) полиурии

024. Девочка 10 лет. Ожирение II степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз

- а) конституционально-экзогенное ожирение
- б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- в) церебральное ожирение
- г) синдром Лоренса - Муна - Бидля

025. В какой последовательности корректируется нутриентный состав у ребенка с гипотрофией

- а) коррекция белка, углеводов, жира
- б) коррекция жира, углеводов, белка
- в) коррекция белка, жира, углеводов
- г) коррекция углеводов, белка, жира

026. Карпопедальный спазм характерен

- а) для дефицита железа
- б) для гипофосфатемии
- в) для гипокальциемии
- г) для фебрильных судорог
- д) для эписиндрома

027. Какой из перечисленных препаратов при длительном применении инактивирует витамин D и способствует развитию рахита?

- а) фенобарбитал
- б) бутадион
- в) пиридоксаль-фосфат
- г) пенициллин
- д) дигоксин

028. Витамин D

- а) увеличивает продукцию паратгормона
- б) способствует всасыванию Ca из желудочно-кишечного тракта
- в) блокирует канальцевую реабсорбцию Ca
- г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови
- д) на указанные биологические эффекты витамин D не влияет

029. Краниотабес не наблюдают

- а) при D-дефицитном рахите
- б) при D-зависимом рахите
- в) при остеопорозе
- г) у недоношенного и незрелого ребенка

030. Ребенку с предварительным диагнозом "ревматизм" необходимо назначить

- а) клинический анализ крови амбулаторно
- б) биохимический анализ крови амбулаторно
- в) консультацию кардиоревматолога
- г) госпитализацию

031. В начальный период ревматической атаки показано применение

- а) пенициллина
- б) цефторина
- в) левомецетина
- г) бициллина

032. Бициллинопрофилактику ревматизма следует начать

- а) после выписки из стационара в поликлинике
- б) в санатории
- в) в стационаре уже в активной фазе болезни
- г) после выписки из санатория в поликлинике

033. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 месяцев.

- Активность ревматизма стихла. После выписки ему необходимо рекомендовать
- а) аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5
 - б) бициллин-3
 - в) пенициллин
 - г) эритромицин
 - д) преднизолон

034. Недостаточность кровообращения у ребенка в возрасте 3 месяцев обычно не является следствием

- а) фиброэластоза
- б) ревматического кардита
- в) врожденного порока сердца
- г) пароксизмальной тахикардии

035. Нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуются

- а) при ревматизме
- б) при ревматоидном артрите
- в) при болезни Верльгофа
- г) при посттравматическом артрите

036. К группе нестероидных противовоспалительных препаратов не

относится

- а)ацетилсалициловая кислота
- б)диклофенак
- в)индоцид
- г)преднизолон

037.Более быстрое диуретическое действие оказывает

- а)гипотиазид
- б)лазикс
- в)фонурит
- г)урегит

038.При тромбоцитопении не следует назначать

- а)сульфаниламиды пролонгированного действия
- б)димедрол
- в)ацетилсалициловую кислоты
- г)нитрофурановые производные

039.Ребенок 8 лет перенес 2 атаки ревматизма. Сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации проводить профилактику бициллином необходимо в течение

- а)1 года
- б)2 лет
- в)3 лет
- г)5 лет

040.При отеке легких наблюдаются все признаки, кроме

- а)одышки
- б)ортопноэ
- в)большого количества влажных хрипов в легких
- г) острая эмфизема

041.При отеке легких обычно не наблюдается

- а)тахикардия
- б)кашель
- в)пенистая мокрота
- г)брадикардия

042.При отеке легких средствами неотложной терапии являются

- а)седуксен
- б)наложение жгутов на ноги
- в)лазикс
- г)преднизолон
- д)все перечисленные препараты

043.Ортостатический коллапс может вызвать

- а)дибазол
- б)резерпин
- в)папаверин
- г)анаприлин

044.Из перечисленных препаратов при коллапсе не показан

- а)преднизолон
- б)адреналин
- в)мезатон
- г)пипольфен

045.Соотношение артериального давления правильно, когда

- а)АД на руках и ногах одинаково
- б)АД на руках выше, чем на ногах
- в)АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт. ст.

046.Гипертония чаще всего наблюдается

- а)при системной красной волчанке
- б)при геморрагическом васкулите
- в)при узелковом периартериите
- г)при открытом артериальном протоке

047.Высокую гипертензию чаще обуславливает

- а) порок развития сосудов почки
- б) пиелонефрит
- в) удвоение чашечно-лоханочной системы
- г) наследственный нефрит

048. Какой симптом не патогномоничен для заболевания желчного пузыря?

- а) Кера
- б) Мерфи
- в) Ортнера

г) Пастернацкого

049. Какие компоненты осадка дуоденального содержимого не характерны для дисхолии?

- а) кристаллы билирубината кальция
- б) лейкоцит
- в) кристаллы холестерина
- г) липидные частицы, гранулы

050. Какой биохимический показатель сыворотки крови может свидетельствовать о задержке выброса желчи из желчного пузыря?

- а) белок
- б) холестерин
- в) тимоловая проба
- г) билирубин

051. Для синдрома желтухи при хроническом гепатите не характерен признак

- а) повышения непрямого билирубина
- б) повышения прямого билирубина
- в) гемолиза
- г) обесцвеченного кала

052. Для синдрома внутрипеченочного холестаза не характерен признак

- а) зуд кожи
- б) спленомегалия
- в) уплотнение печени
- г) гепатомегалия

053. Причиной развития синдрома внутрипеченочного холестаза могут являться все перечисленные, кроме

- а) острого вирусного гепатита
- б) хронического гепатита
- в) токсического гепатита
- г) каротиновой желтухи

054. Подпеченочный холестаз не развивается

- а) при дискинезии желчевыводящих путей
- б) при гепатите остром, хроническом
- в) при камне в холедохе
- г) при заболеваниях 12-перстной кишки

055. Показателем гепатоцитолита является

- а) гиперхолестеринемия
- б) гипертрансаминаземия
- в) диспротеинемия
- г) гиперфибриногенемия

056. При синдроме печеночно-клеточной недостаточности не наблюдается

- а) гиперальбуминемия
- б) повышение желчных кислот в сыворотке крови
- в) гипертрансаминаземия
- г) гипербилирубинемия

057. Для гепаторенального синдрома характерно

- а) развитие нефропатии при печеночно-клеточной недостаточности
- б) появление желтухи при почечной недостаточности
- в) сочетание печеночной и почечной недостаточности
- г) наличие признаков патологии печени и почек

058. При хроническом гепатите не отмечается

- а) увеличение, уплотнение печени и селезенки

- б) наличие желтухи
- в) увеличение печени без увеличения селезенки
- г) дерматоваскулит

059. Для ХАГ наиболее характерен признак

- а) повышение трансаминаз в 1.5-2 раза по сравнению с нормой
- б) повышение трансаминаз более чем в 2 раза по сравнению с нормой
- в) гипербилирубинемия
- г) гиперхолестеринемия

060. О наличии гепатоцитолита не свидетельствует

- а) гипертрансаминаземия
- б) повышение содержания желчных кислот в сыворотке крови
- в) радиоизотопные исследования
- г) непрямая гипербилирубинемия

061. С какой патологией легче дифференцировать ХАГ?

- а) с болезнью Вильсона - Коновалова
- б) с персистирующим гепатитом
- в) с болезнью Бадда - Киари
- г) с недостаточностью кровообращения IIА, IIВ степени

062. Для хронического гепатита характерно все перечисленное, кроме

- а) гипертрансаминаземии
- б) наличия австралийского антигена
- в) гиперхолемии
- г) повышения холестерина

063. Возможным прогнозом токсического гепатита являются все перечисленные, за исключением

- а) выздоровления
- б) острой печеночной недостаточности
- в) абсцедирования
- г) перехода в хронический гепатит, цирроз

064. Какой биохимический серологический показатель не характерен для гепатозов?

- а) гипертрансаминаземия
- б) гиперхолестеринемия
- в) гипергликемия
- г) гиперпротеинемия

065. Терминальными состояниями являются все перечисленные, кроме

- а) шока IV степени
- б) комы I степени
- в) агонии
- г) клинической смерти

066. К факторам, способствующим сохранению жизнедеятельности мозга, относятся все перечисленные, кроме

- а) состояния гипотермии
- б) состояния гипертермии
- в) состояния под наркозом

067. Для улучшения перфузии мозга у больного в коматозном состоянии необходимо

- а) максимально повысить среднее артериальное давление
- б) снизить внутричерепное давление с помощью дегидратации
- в) поддержать среднее артериальное давление на нормальных цифрах, улучшить реологические свойства крови

068. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей является

- а) возникновение гиповолемии
- б) прием нефротоксических веществ
- в) возникновение гемолиза
- г) наличие пороков развития почек

069. При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто развивается

- а) гипокалиемия
- б) гиперкалиемия

- в) гипернатриемия
- г) гиперкальциемия

070. К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся

- а) повышение мочевины крови
- б) увеличение плотности мочи
- в) повышение кальция крови
- г) повышение калия крови

071. Ребенок 2 лет 7 месяцев 3 раза за последний год болел ОРЗ. Как Вы оцените его резистентность?

- а) нормальная
- б) сниженная
- в) плохая

072. Ребенок 5 лет за последний год 5 раз болел ОРЗ. Оцените его резистентность

- а) низкая
- б) нормальная
- в) сниженная
- г) очень низкая

073. Суточная потребность в жире у детей первых 4 месяцев жизни при любом виде вскармливания составляет

- а) 7 г/кг
- б) 6.5 г/кг
- в) 5 г/кг
- г) 5.5 г/кг

074. Правила проведения искусственного вскармливания адаптированными смесями

- а) сроки введения пищевых добавок, как при естественном вскармливании
- б) сроки введения пищевых добавок и прикорма на 2-3 недели раньше, чем при естественном вскармливании
- в) более поздний перевод на 5-6 разовое кормление
- г) сроки введения прикорма на 2-3 недели позже, чем при естественном вскармливании

075. Вводят творог ребенку в возрасте

- а) 1 месяца
- б) 1.5-2 месяцев
- в) 3.5-3 месяцев
- г) после 7 месяцев

076. При гипогалактии назначают все, кроме

- а) никотиновой кислоты
- б) витамина Е
- в) апилака
- г) аскорбиновой кислоты

077. В молозиве по сравнению с переходным женским молоком больше содержится

- а) таурина
- б) углеводов
- в) фосфора
- г) насыщенных жирных кислот

078. Жир женского молока в отличие от жира коровьего молока содержит все, кроме

- а) полиненасыщенных жирных кислот в 1.5-2 раза больше
- б) большого количества низких насыщенных жирных кислот
- в) большой концентрации простагландинов, фосфатов
- г) омега жирных кислот

079. В женском молоке по сравнению с коровьим молоком содержится больше перечисленных веществ, кроме

- а) таурина
- б) казеина
- в) b-лактозы
- г) бифидус-фактора

080. Какой из перечисленных показателей наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране?

- а) уровень рождаемости
- б) уровень смертности
- в) количество врачей на душу населения
- г) младенческая смертность

081. Укажите наиболее опасный источник вирусной инфекции в родильном доме

- а) больные ОРВИ беременные или родильницы
- б) больной ОРВИ персонал
- в) больные дети в инкубационном периоде
- г) больные дети со стертыми формами заболевания

082. Какова основная эпидемиологическая локализация госпитальных штаммов стафилококка в организме человека?

- а) на коже
- б) на слизистой носоглотки
- в) в области промежности
- г) на слизистой носовых ходов

083. Каковы основные пути передачи внутрибольничной инфекции?

- а) через руки персонала
- б) через продукты питания
- в) через белье
- г) через предметы ухода

084. Какой период называют перинатальным?

- а) с момента рождения до 7 дня жизни
- б) с момента оплодотворения до родов
- в) с 22-й недели внутриутробного развития до 7 дня жизни
- г) с 28-й недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни

085. Показанием к переводу новорожденного ребенка из родильного дома в больницу является

- а) инфекционное заболевание
- б) тяжелая гипотрофия
- в) подозрение на наследственную патологию
- г) все перечисленное

086. В течение первого года жизни недоношенный ребенок должен осматриваться невропатологом

- а) каждый месяц
- б) каждые 2-3 месяца
- в) каждые 4-5 месяцев
- г) в возрасте 1 месяца, затем не реже 2 раз в год

087. Доношенность или недоношенность определяются

- а) продолжительностью беременности
- б) массой тела и ростом ребенка при рождении
- в) признаками, характеризующими зрелость ребенка
- г) совокупностью перечисленных показателей

088. Возбудителем групповых инфекционных заболеваний в закрытых детских коллективах чаще всего является

- а) вирус гриппа
- б) RS-вирус
- в) аденовирус
- г) энтеровирусы

089. Вакцинация БЦЖ противопоказана

- а) при врожденных ферментопатиях
- б) при иммунодефицитных состояниях
- в) при наличии активного туберкулеза у других детей в семье
- г) во всех указанных случаях

090. Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте

- а) 1-й недели
- б) 5 лет
- в) 6 месяцев
- г) 10 лет

091. В понятие нефрон входит

- а) клубочек и система канальцев
- б) проксимальный и дистальный канальцы
- в) клубочек
- г) проксимальный и дистальный канальцы, петля Генле

- 092. Какой из перечисленных показателей характеризует концентрационную функцию почек?**
 а) проба Зимницкого
 б) белок и белковые фракции
 в) осмолярность мочи
 г) все перечисленное
- 093. В норме выделяется с мочой**
 а) 1/3 объема выпитой жидкости
 б) 2/3 объема выпитой жидкости
 в) 1/6 объема выпитой жидкости
 г) 1/4 объема выпитой жидкости
- 094. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме**
 а) тугоухости
 б) гематурии
 в) патологии зрения
 г) дисплазии костной ткани
- 095. Для какой патологии почек характерно на ранних стадиях повышение артериального давления?**
 а) для наследственного нефрита
 б) для острого гломерулонефрита
 в) для острого пиелонефрита
 г) для дизметаболической нефропатии
- 096. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для здорового ребенка 10 месяцев?**
 а) 1010-1020
 б) 1009-1015
 в) 1001-1003
 г) 1002-1010
- 097. Каким методом рекомендуется собирать мочу на посев?**
 а) пункцией мочевого пузыря
 б) из средней струи в стерильную посуду
 в) при катетеризации мочевого пузыря
- 098. Какого типа сыпь наиболее характерна для менингококкцемии?**
 а) розеолезная
 б) пустулезная
 в) геморрагическая
 г) герпетическая
- 099. В какие сроки от начала болезни появляется сыпь при скарлатине?**
 а) в 1-2-е сутки болезни
 б) на 3-4-е сутки болезни
 в) на 5-е сутки болезни
 г) на 2-й неделе
- 100. Наиболее типичными для инфекционного мононуклеоза являются все следующие, кроме**
 а) лихорадки
 б) полиадении с преимущественным увеличением заднешейной группы
 в) диареи
 г) гепато- и спленомегалии
 д) в гемограмме - увеличения числа одноядерных элементов и появления атипичных мононуклеаров

Эталонные ответы (вариант № 3)

1	г	26	в	51	в	76	г
2	г	27	а	52	б	77	а
3	в	28	б	53	г	78	б
4	г	29	в	54	б	79	б
5	г	30	г	55	б	80	г
6	в	31	а	56	а	81	б
7	а	32	в	57	в	82	б
8	г	33	а	58	в	83	а
9	в	34	б	59	б	84	в

10	в	35	в	60	г	85	г
11	б	36	г	61	г	86	г
12	а	37	б	62	г	87	а
13	г	38	в	63	в	88	в
14	г	39	г	64	а	89	г
15	г	40	г	65	б	90	б
16	г	41	г	66	б	91	а
17	в	42	д	67	в	92	а
18	г	43	г	68	а	93	б
19	г	44	г	69	б	94	г
20	в	45	в	70	а	95	б
21	в	46	в	71	а	96	г
22	б	47	а	72	в	97	б
23	г	48	г	73	б	98	в
24	а	49	б	74	а	99	а
25	в	50	б	75	г	100	в

ВАРИАНТ 4

001.С помощью пробы Феллинга диагностируют

- а) фенилкетонурию
- б) гистидинемию
- в) гомоцистинурию
- г) гликогеноз

002.К показателям гуморального иммунитета относятся

- а) иммуноглобулины А, М, G
- б) иммуноглобулины Е
- в) реакция бласттрансформации лейкоцитов
- г) реакция розеткообразования

003.Какие признаки относятся к аспириновой бронхальной астме?

- а) полипозный риносинусит
- б) непереносимость аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов
- в) бронхоспазм
- г) все перечисленное

004.Какие аллергены являются причиной поллинозов?

- а) пылевые
- б) белковые
- в) пищевые
- г) эпидермальные

005.Какой из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза?

- а) полифекалия
- б) мекониальный илеус
- в) гипернатриемия
- г) стеаторея
- д) ателектазы

006. Обязательным при муковисцидозе являются назначения, кроме одного

- а) антибиотики
- б) антагонисты H₂ блокаторов гистамина
- в) муколитики
- г) ферменты поджелудочной железы
- д) В₂ агонисты

007. Препаратом выбора для стартовой базисной противовоспалительной терапии при бронхальной астме средней тяжести из числа представленных является

- а) задитен
- б) монтелукаст
- в) флутиказона пропионат
- г) кромогликат натрия

008. К препаратам, применяемым для базисной противовоспалительной терапии при бронхальной астме не относится

- а) кромогликат натрия

- б) системные глюкокортикоиды
- в) β 2-агонисты короткого действия
- г) ингаляционные кортикостероиды
- д) β 2-агонисты длительного действия

009. Какой препарат не относится к β 2-агонистам короткого действия

- а) сальбутамол
- б) атровент
- в) фенотерол
- г) тербуталин

010. Для базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме тяжелого течения не используется

- а) бенакорт, пульмикорт
- б) зафирлукаст
- в) формотерол
- г) системные ГКС

011. Тип наследования при муковисцидозе

- а) аутосомно-рецессивный
- б) аутосомно-доминантный
- в) X-сцепленный с полом
- г) Y-сцепленный с полом
- д) мультифакториальный

012. Самые тяжелые проявления муковисцидоза наблюдаются при мутации

- а) R1162X
- б) del F-508
- в) R117H

013. Какой из перечисленных показателей хлоридов пота характерен для муковисцидоза

- а) 60 ммоль/л и более
- б) 40-60 ммоль/л
- в) 20-40 ммоль/л
- г) менее 20 ммоль/л

014. Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии

- а) сниженный цветной показатель
- б) анизо-пойкилоцитоз
- в) нормобластоз
- г) гипохромия эритроцитов

015. Биохимический тест, не выявляющий дефицит железа

- а) определение трансферрина
- б) определение сывороточного железа
- в) определение сывороточного белка
- г) определение ферритина

016. Какой продукт питания является необходимым при железодефицитной анемии?

- а) мясо, рыба
- б) картофель, морковь
- в) ягоды, яблоки, гранат
- г) яйца, творог

017. Основной медикаментозный препарат при лечении железодефицитной анемии

- а) витамины группы В
- б) препарат железа
- в) эритропоэтин
- г) фолиевая кислота

018. Правильная тактика применения препаратов железа

- а) до нормализации гемоглобина
- б) до нормализации гемоглобина и еще 3-4 недели
- в) до нормализации сывороточного железа
- г) в течение 2 недель

019. Основной гематологический признак гемолиза

- а) ретикулоцитоз
- б) анемия

- в)повышение СОЭ
- г)тромбоцитоз

020.Чем обычно не осложняется острый гемолиз?

- а)острой почечной недостаточностью
- б)комой
- в)ДВС-синдромом
- г)кровотечением

021.Основная причина микросфероцитарных гемолитических анемий

- а)врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита
- б)усиление процессов перекисного окисления липидов
- в)гиперспленизм
- г)иммунные процессы

022.При врожденном нелеченном первичном гипотиреозе не наблюдается

- а)полиурия
- б)пастозность тканей
- в)крупный язык
- г)сухость кожи

023.При сахарном диабете I типа, диабетической гипогликемической коме не следует

- а)вводить 40% раствор глюкозы
- б)вводить подкожно 0.5-1.0 мл адреналина
- в)накормить больного после выхода из комы
- г)вводить инсулин

024.Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечаются дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи. Глазные яблоки мягкие, печень - 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание. Ваш предварительный диагноз

- а)сахарный диабет
- б)несахарный диабет
- в)диабетическая кетоацидотическая кома
- г)менингит

025. Какие симптомы включает синдром трофических нарушений при гипотрофии

- а) дефицит массы тела, в меньшей степени длины
- б) нарушение пропорций тела
- в) симптомы полигиповитаминоза
- г) все перечисленное

026.Отдаленный прогноз при целиакии

- а)неблагоприятный
- б)возможна незначительная коррекция
- в)полное выздоровление
- г)хороший на фоне постоянной медикаментозной терапии
- д)хороший на фоне постоянного диетического лечения

027.Сдвигу КЩС в сторону ацидоза способствует

- а)гипервентиляция
- б)рвота
- в)гипокалиемия
- г)циркуляторная гипоксия
- д)гипотермия

028.Водефицитному эксикозу соответствует

- а)холодная пастозная кожа
- б)полидипсия
- в)повышение белка и цитоза в ликворе
- г)гипонатриемия
- д)полиурия

029.Гипертонической дегидратации соответствует

- а)выбухающий родничок
- б)гипотермия

- в)снижение АД
- г)сухость слизистых
- д)гипонатриемия

030.Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является

- а)цистография
- б)измерение артериального давления на ногах
- в)внутривенная урография
- г)ренальная ангиография

031.Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией

- а)стеноз легочной артерии
- б)стеноз аорты
- в)коарктация аорты
- г)дефект межпредсердной перегородки

032.Узурь ребер характерны

- а)для вазоренальной гипертензии
- б)для узелкового периартериита
- в)для открытого артериального протока
- г)для коарктации аорты

033.Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует

- а)оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
- б)ограничить физические нагрузки
- в)оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь
- г)госпитализировать для обследования

034.Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является

- а)рентгенография
- б)ЭКГ
- в)ЭХОКГ
- г)исследование калия в крови

035.Прогноз наиболее серьезен

- а)при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии
- б)при желудочковой форме пароксизмальной тахикардии
- в)при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии с частыми приступами
- г)при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии, впервые появившейся на фоне ОРЗ

036.Для суправентрикулярной формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются

- а)ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS
- б)ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
- в)ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS
- г)ритм более 180 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS

037.Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются

- а)ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS
- б)ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS
- в)ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
- г)ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS

038.Для профилактики частых приступов суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии ребенку 10 лет с синдромом предвозбуждения желудочков более эффективен

- а)анаприлин внутрь
- б)строфантин
- в)новокаинамид внутрь
- г)кордарон внутрь

039.У детей в активной фазе ревматизма нередко наблюдается

- а)ортоградная неполная АВ-блокада I степени
- б)ортоградная неполная АВ-блокада II степени (периоды Самойлова - Венкебаха)
- в)полная АВ-блокада

040.При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается

- а)аритмия
- б)ритм 50-60 ударов в минуту
- в)ритм 90 ударов в минуту
- г)дефицит пульса

041. При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы

- а)резкого цианоза
- б)потери сознания
- в)сердцебиения
- г)одышечно-цианотические

042. В случае приступа Морганьи - Эдемса - Стокса при атриовентрикулярной блокаде к средствам неотложной терапии не относится

- а)строфантин
- б)атропин
- в)адреналин
- г)изадрин

043. Для вегетодистонии по симпатикотоническому типу не характерны

- а)мраморность кожи, акроцианоз
- б)белый дермографизм
- в)склонность к гипертермии
- г)беспокойный сон

044. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны

- а)гипергидроз
- б)тахикардия
- в)красный дермографизм
- г)склонность к обморокам

045. Тяжелый изолированный миокардит чаще наблюдается

- а)при ревматизме
- б)при септисе
- в)при вирусной инфекции
- г)при системной красной волчанке

046. При вирусном миокардите наиболее часто отмечается

- а)систолидиастолический шум
- б)длинный дующий систолический шум на верхушке
- в)мезодиастолический шум
- г)глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум

047. При инфекционном эндокардите чаще всего поражается эндокард

- а)митрального клапана
- б)аортального клапана
- в)трехстворчатого клапана
- г)легочной артерии

048. В каком возрасте чаще выявляется желтуха Жильбера?

- а)у новорожденных
- б)в грудном
- в)в школьном
- г)в дошкольном

049. Какой клинический симптом характерен для болезни Жильбера?

- а)анемия
- б)гепатомегалия
- в)гепатоспленомегалия
- г)желтуха

050. Какой лабораторный признак характерен для желтухи Жильбера?

- а)непрямая гипербилирубинемия
- б)ретикулоцитоз
- в)повышение трансаминаз
- г)прямая гипербилирубинемия

051. Что непосредственно не ухудшает прогноз при желтухе Жильбера?

- а) стресс
- б) гепатит
- в) токсикоз
- г) преобладание углеводов в питании

052. Определяющим клиническим признаком при циррозе печени является

- а) увеличение печени и селезенки
- б) увеличение и значительное уплотнение печени и селезенки
- в) дистрофические изменения
- г) желтуха

053. Для портальной гипертензии диагностически значимыми являются все перечисленные симптомы, кроме

- а) спленомегалии
- б) расширения геморроидальных сосудов
- в) расширения вен пищевода
- г) расширения сосудов Киссельбахова сплетения

054. Цирроз не является следствием

- а) дискинезии желчевыводящих путей
- б) холангиохолецистита
- в) гепатита
- г) гепатоза

055. Какое лечение при болезни Жильбера не оправдано?

- а) гепатотропное
- б) антибактериальное
- в) антидистрофическое
- г) диетотерапия

056. Поражение поджелудочной железы обязательно

- а) при муковисцидозе
- б) при кишечной инфекции
- в) при скарлатине
- г) при колите

057. Какой клинический признак не характерен для приступа панкреатита?

- а) боли в гипогастрии
- б) вздутие живота
- в) запор
- г) диарея

058. Какой клинический признак не характерен для острого панкреатита?

- а) геморрагические высыпания
- б) зуд кожи
- в) сосудистые нарушения
- г) рвота

059. Для верификации диагноза панкреатита необходимо исследовать

- а) состав периферической крови
- б) сахар крови
- в) уровень кальция в сыворотке крови
- г) уровень амилазы сыворотки крови

060. К патогенетическим средствам лечения приступа панкреатита относятся

- а) антибиотики
- б) десенсибилизирующие препараты
- в) ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал, гордокс, трасилол и др.)
- г) холинолитики (атропин, платифиллин)

061. Какова основная функция тонкой кишки?

- а) всасывание
- б) двигательная
- в) выделительная
- г) поддержание зубиоза

062. Наиболее частой причиной развития энтероколита у детей старшего возраста является

- а) наличие запоров

- б) нарушение диеты
- в) наличие затяжной кишечной инфекции
- г) наличие компенсированного дисбактериоза

063. Ведущим клиническим синдромом при хроническом энтерите является

- а) боли в гипогастрии
- б) синдром нарушенного всасывания
- в) боли натощак
- г) запоры

064. Какие виды пищеварения осуществляются в тонкой кишке?

- а) полостное (внутрикишечное)
- б) мембранное
- в) внутриклеточное
- г) все перечисленное

065. Какой препарат замедляет пассаж по тонкой кишке?

- а) имодиум
- б) фестал
- в) креон
- г) вазелиновое масло

066. Первичным пусковым механизмом формирования "синдрома малого выброса" при шоковом состоянии является

- а) сосудистый спазм
- б) сердечная недостаточность
- в) гиповолемия
- г) метаболический ацидоз

067. Причиной возникновения "шокового легкого" является

- а) повышение давления в малом круге кровообращения
- б) неадекватная спонтанная вентиляция легких
- в) гиперпродукция эндорфинов
- г) тромбоэмболия мелких ветвей легочных сосудов

068. При травматическом шоке в первую очередь необходимо

- а) применить гепарин
- б) применить фибринолизин
- в) начать инфузионную терапию
- г) согреть ребенка

069. Метаболический ацидоз при травматическом шоке купируется прежде всего путем

- а) проведения искусственной вентиляции легких
- б) проведения оксигенотерапии
- в) адекватного обезболивания
- г) ликвидации дефицита ОЦК

070. При отравлениях угарным газом методом выбора в лечении является

- а) заменное переливание крови
- б) гипербарическая оксигенация
- в) ингаляция воздушно-кислородной смеси
- г) гемосорбция

071. Дозирование общего объема жидкости при проведении инфузионной терапии осуществляется с учетом

- а) состояния и функции органов кровообращения
- б) наличия патологических потерь воды и ионов из организма
- в) состояния функций систем выделения, кровообращения, физиологических потребностей наличия дефицита и патологических потерь воды
- г) физиологических потребностей организма в воде
- д) всего перечисленного

072. В каком случае ребенка в возрасте 2 лет можно считать часто болеющим?

- а) острые заболевания в течение года отмечались 7 раз
- б) обострения бронхиальной астмы наблюдались 2 раза в год и острые респираторные заболевания также 2 раза в год
- в) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания 3 раза в течение года
- г) у ребенка хронический отит с частыми обострениями

073. Какой из нижеперечисленных принципов закаливания имеет преимущественное значение при выборе закаливающей процедуры?

- а) постепенность
- б) наличие положительной эмоциональной реакции на процедуру
- в) учет возрастных и индивидуальных особенностей
- г) систематичность

074. Какие каши рекомендуются для вскармливания детей первого года жизни

- а) крупяные
- б) злаковые
- в) каши с добавлением меда, яблока, орехов
- г) все перечисленное

075. Эффективность питания детей в возрасте до 1 года можно оценить

- а) по сопоставлению фактического питания детей с рекомендуемыми нормами
- б) по массе тела
- в) по частоте заболеваемости
- г) по физическому развитию

076. Эффективность питания у детей от 1 года до 14 лет можно оценить

- а) по массе и длине тела
- б) по состоянию кожи и слизистых оболочек
- в) по развитию подкожно-жирового слоя
- г) по всему перечисленному

077. При назначении питания детям 1-го года жизни учитывается

- а) контрольное кормление
- б) контроль за массой тела
- в) характер стула
- г) все перечисленное

078. Коррекция дефицита углеводов в рационе питания осуществляется

- а) творогом
- б) желтком
- в) овощным пюре
- г) соком

079. Суточная доза аскорбиновой кислоты для витаминизации питания детей в возрасте 6-12 лет составляет

- а) 40 мг
- б) 50 мг
- в) 60 мг
- г) 70 мг

080. Причиной острой гипоксии плода в родах является

- а) артериальная гипотензия у матери
- б) сдавление пуповины
- в) избыточная сократительная активность матки
- г) все перечисленные

081. Противопоказанием к вскармливанию ребенка грудью является

- а) наличие у матери открытой формы туберкулеза
- б) ВИЧ инфекция у матери
- в) подготовка ребенка к усыновлению
- г) все перечисленное

082. Какие особенности характеризуют систему гемостаза у новорожденных детей

- а) повышенная проницаемость капилляров
- б) сниженная функциональная активность тромбоцитов
- в) низкая активность факторов свертывания крови
- г) все перечисленные особенности

083. Когда происходит первый "перекрест крови" у недоношенных детей?

- а) на 4-й день жизни
- б) на 5-й день жизни
- в) на 6-й день жизни
- г) после 7-10 дня жизни

- 084. Чем обусловлена возможность развития флегмоны новорожденных только в неонатальном периоде?**
- а) высокой проницаемостью кожных покровов новорожденного
 - б) особенностями строения сосудистой сети кожи и подкожной клетчатки
 - в) особенностями иммунитета новорожденного
 - г) особенностями центральной нервной системы новорожденного
- 085. Какой из факторов неспецифической защиты играет ведущую роль в защите слизистых оболочек от патогенной микрофлоры?**
- а) интерферон
 - б) лизоцим
 - в) пропердин
 - г) система комплемента
- 086. С чем связано падение гемоглобина на 1-м месяце жизни у здорового доношенного новорожденного ребенка?**
- а) с естественным гемолизом эритроцитов
 - б) с торможением функции костного мозга
 - в) с активацией ретикуло-гистиоцитарной системы
 - г) со всеми перечисленными факторами
- 087. Какие анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют возникновению срыгиваний?**
- а) короткий пищевод
 - б) недостаточное развитие кардиального отдела желудка
 - в) относительный гипертонус пилорического отдела желудка
 - г) все перечисленные
- 088. Ведущим физиологическим механизмом очищения дыхательных путей у новорожденных является**
- а) кашель
 - б) чиханье
 - в) "пассивный" транспорт содержимого верхних дыхательных путей мерцательным эпителием
 - г) все перечисленные
- 089. Какова нормальная частота дыхания у здорового новорожденного?**
- а) 10-15 в минуту
 - б) 20-30 в минуту
 - в) 40-60 в минуту
 - г) 70-80 в минуту
- 090. Показанием к назначению глюкокортикоидов является**
- а) гломерулонефрит с нефротическим синдромом
 - б) гломерулонефрит с нефритическим синдромом
 - в) тубулоинтерстициальный нефрит
 - г) дизметаболическая нефропатия
- 091. При назначении антибиотиков учитывается**
- а) рН мочи
 - б) функциональное состояние почек
 - в) нефротоксичность
 - г) все перечисленное
- 092. Какой из признаков не характерен для гиперкалиемии?**
- а) звучность тонов сердца
 - б) брадикардия
 - в) экстрасистолия
 - г) тахикардия
- 093. Тубулоинтерстициальный нефрит является**
- а) бактериальным воспалением
 - б) абактериальным воспалением
 - в) аутоиммунным процессом
 - г) всем перечисленным
- 094. Тубулоинтерстициальный нефрит может развиваться в результате**
- а) обменных нарушений
 - б) вирусной инфекции
 - в) воздействия лекарственных препаратов
 - г) всего перечисленного

095. Какой основной принцип лечения тубулоинтерстициального нефрита

- а) коррекция всех этиологических факторов
- б) длительный курс гормонотерапии
- в) лечение антиоксидантами
- г) коррекция диеты

096. При назначении какого препарата чаще возникает остеопороз?

- а) преднизолона
- б) капотена
- в) гепарина
- г) курантила

097. При каком заболевании реже наблюдается поражение почек?

- а) при склеродермии
- б) при системной красной волчанке
- в) при геморрагическом васкулите
- г) при узелковом периартериите

098. Вакцинопрофилактике против гепатита В подлежат все перечисленные контингенты, кроме

- а) новорожденных от матерей-носителей HBsAg
- б) больных, часто подвергающихся парентеральным манипуляциям (отделение гемодиализа)
- в) медперсонала гепатитных отделений
- г) лиц, имеющих анти-НВ в крови

099. Для иммунопрофилактики ВИЧ-инфицированным детям разрешены

- а) живые и убитые вакцины
- б) только анатоксины
- в) убитые вакцины и анатоксины

100. Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является

- а) офтальмогерпес
- б) поражение кожи и слизистых
- в) острый стоматит
- г) энцефалит
- д) генерализованная форма

Эталонные ответы (вариант № 4)

1	а	26	д	51	г	76	г
2	а	27	г	52	б	77	г
3	г	28	б	53	г	78	в
4	а	29	г	54	а	79	б
5	в	30	г	55	б	80	г
6	б	31	в	56	а	81	г
7	в	32	г	57	а	82	г
8	в	33	г	58	б	83	г
9	б	34	б	59	г	84	б
10	б	35	б	60	в	85	б
11	а	36	г	61	а	86	а
12	б	37	в	62	в	87	г
13	а	38	г	63	б	88	б
14	в	39	а	64	г	89	в
15	в	40	б	65	а	90	а
16	а	41	б	66	в	91	г
17	б	42	а	67	г	92	б г
18	б	43	а	68	в	93	б
19	а	44	б	69	г	94	г
20	г	45	в	70	б	95	а
21	а	46	г	71	д	96	а
22	а	47	б	72	а	97	а
23	г	48	в	73	в	98	г
24	в	49	г	74	а	99	в
25	г	50	а	75	г	100	б

001.Какое заболевание не относится к группе хромосомных?

- а) болезнь Дауна
- б) синдром Альпорта
- в) синдром Шерешевского - Тернера
- г) синдром Пату

002.При аллергических процессах чаще всего изменяется уровень иммуноглобулинов

- а) А
- б) G
- в) М
- г) Е

003.Назовите наиболее часто встречающиеся кожные формы пищевой аллергии (кроме одной)?

- а) себорейный дерматит
- б) крапивница
- в) токсидермия
- г) атопический дерматит

004.Укажите наиболее нехарактерный симптом крапивницы у детей

- а) зуд кожи
- б) наличие экзематозного и лихеноидного синдромов
- в) высыпания в виде пятен и волдырей
- г) артралгии

005.К железодефицитной анемии относят следующие признаки, кроме

- а)повышения билирубина крови
- б)гипохромии эритроцитов
- в)тромбопении
- г)уменьшения связанного железа в сыворотке
- д)уменьшения количества эритроцитов

006. Наиболее частыми внелегочными осложнениями при пневмонии являются все, кроме одного

- а) острое легочное сердце
- б) гемолитико-уремический синдром
- в) инфекционно-токсический шок
- г) ДВС-синдром

007. Деструкция легочной ткани не бывает при пневмонии, вызванной

- а) стафилококковой
- б) стрептококковой
- в) микоплазменной
- г) синегнойной палочкой
- д) пневмококком

008. Смена антибиотиков при не осложненной пневмонии требуется при их неэффективности в течение

- а) 36-48 часов
- б) 72 часа
- в) 24 часа

009. Более эффективным антибиотиком при пневмонии вызванной, синегнойной палочкой, из числа представленных является

- а) гентамицин
- б) пенициллин
- в) амикацин
- г) цефазолин

010. При внебольничной пневмонии в качестве стартового антибиотика не рационально назначать. а)

- пенициллин
- б) амоксициллин
- в) гентамицин
- г) ровамицин

011. Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у детей 1 года является аллергия

- а) бытовая
- б) пищевая
- в.) пыльцевая
- г) грибковая

012. К препаратам базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме относятся препараты, кроме

- а) кромогликат натрия
- б) недокромил натрия
- в) ингаляционные кортикостероиды
- г) антигистаминные препараты II поколения
- д) зафирлукаст
- е) монтелукаст

013. Какой препарат не используется для базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме

- а) сальбутамол
- б) интал
- в) альдецин
- г) бенакорт

014. С каким фактором не связан лимфоцитоз?

- а) с бактериальной инфекцией
- б) с гематоонкологическим заболеванием
- в) с вирусной инфекцией
- г) с типом конституции

015. У новорожденного причиной дефицита железа не является

- а) дефицит железа у беременной
- б) нарушение трансплацентарного пассажа железа
- в) недоношенность
- г) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин

016. Что такое железодефицитная анемия

- а) снижение гемоглобина из-за дефицита железа
- б) снижение синтеза эритроцитов
- в) снижение гемоглобина из-за кровопотери
- г) все перечисленное

017. Какой показатель характеризует состояние запасов железа в организме

- а) сывороточное железо
- б) ферритин сыворотки
- в) коэффициент насыщения трансферрина
- г) трансферин сыворотки

018. Выбрать лабораторные показатели характеризующие латентный дефицит железа у ребенка до 6 лет

- а) Нв >110, железо сыворотки <14, общая железосвязывающая способность > 63
- б) Нв <110, железо сыворотки <14, ферритин сыворотки <12
- в) Нв <110, цв.показатель 0,86; показатель насыщения трансферина <15

019. Выбрать лабораторные показатели характеризующие ЖДА у ребенка старше 6 лет

- а) Нв <120, железо сыворотки <12, ферритин сыворотки <10
- б) Нв 120, железо сыворотки – 17, цв.показатель 0,90
- в) Нв 120, железо сыворотки – 28, ферритин сыворотки – 2

020. Какое преимущество препаратов железа содержащих полимальтозный комплекс над солевыми препаратами

- а) диссоциируют в кишечном содержимом
- б) всасываются как гемовое железо
- г) в клетках слизистой кишечника окисляются в трехвалентное

021. Какой из перечисленных препаратов содержит полимальтозный комплекс

- а) гемофер
- б) актиферрин
- в) мальтофер
- г) тотема

022. Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно

- а) задержка психомоторного развития
- б) длительно существующая желтуха новорожденных
- в) сухость кожи
- г) диарея

023. При соль-теряющей форме адреногенитального синдрома характерны

- а) вялость
- б) мышечная гипотония
- в) жидкий стул
- г) все перечисленное

024. У больных с врожденным первичным гипотиреозом не наблюдается

- а) снижение вольтажа на ЭКГ
- б) повышенного уровня ТТГ
- в) сниженного уровня Т3, Т4
- г) высокого уровня гормона роста

025. Какой R-логический признак является характерным для периода разгара рахита

- а) выраженный остеопороз
- б) периостит, остеохондрит
- в) остеопороз, бокаловидные расширения метафизов
- г) полное отсутствие точек окостенения
- д) уменьшение зоны роста

026. Какой из перечисленных симптомов не типичен для гемолитикоуремического синдрома?

- а) анемия
- б) олигурия
- в) тромбоцитопения
- г) повышение конъюгированного билирубина в сыворотке
- д) протеинурия

027. Какое из положений, относящихся к проблеме фебрильных судорог (на фоне ОРВИ) у детей раннего возраста, следует считать правильным?

- а) судороги наблюдаются чаще в возрасте от 3 месяцев до 3 лет
- б) в дальнейшем у 90% детей формируется эпилепсия
- в) судороги носят локальный характер
- г) связаны с прорезыванием зубов
- д) сопровождаются изменением ликвора

028. Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, температура 39-С, сонливость, ригидность затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток, почти все - гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Какой возбудитель менингита наиболее вероятен?

- а) пневмококк
- б) менингококк
- в) бактерия туберкулеза
- г) вирус кори

029. Наиболее частой причиной пиелонефрита является

- а) удвоение почки
- б) нефроптоз
- в) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- г) поликистоз

030. Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы

- а) лихорадка
- б) поражение аортального клапана
- в) увеличение СОЭ
- г) гиперкоагуляция
- д) все перечисленные

031. Инфекционно-токсическую миокардиодистрофию при пневмонии характеризует

- а) нарушение проводимости (удлинение PQ)
- б) перегрузка левого желудочка
- в) блокада левой ножки пучка Гиса
- г) снижение зубца Т

032. Амилоидоз чаще осложняет

- а) ревматоидный артрит
- б) ревматизм
- в) лейкоз
- г) системную красную волчанку

033. В норме у ребенка во 2-м межреберье слева соотношение тонов

- а) I тон равен II тону

- б) II тон слабее I тона
- в) I, II, III тоны равны
- г) I тон громче II тона
- д) II тон громче I тона

034. Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией

- а) аортального клапана
- б) митрального клапана
- в) трехстворчатого клапана
- г) легочной артерии

035. Метод электрокардиографии отражает меньше всего

- а) автоматизм
- б) проводимость
- в) возбудимость
- г) сократимость

036. Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно

- а) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- б) увеличение полости левого желудочка
- в) увеличение полости правого желудочка
- г) гипертрофия предсердий

037. Для дилатационной кардиомиопатии характерно

- а) гипертрофия левого желудочка
- б) увеличение полостей желудочков
- в) гипертрофия правого желудочка
- г) гипертрофия межжелудочковой перегородки

038. PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа - Паркинсона - Уайта) составляет

- а) 0.14 с
- б) 0.10 с
- в) 0.18 с
- г) 0.20 с

039. Закрытие артериального протока у ребенка наблюдается в возрасте

- а) 3-4 лет
- б) до 6 месяцев
- в) до 12 месяцев
- г) до 1 месяца

040. Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно

- а) высокое СОЭ
- б) рентгенологические данные
- в) определение иммуноглобулинов
- г) утолщение костальной плевры

041. К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится

- а) пироксикам
- б) напросин
- в) дисферал
- г) флугалин

042. К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся

- а) полькортолон
- б) метипред
- в) урбазон
- г) пироксикам

043. Для амилоидоза не характерно

- а) повышение фибриногена
- б) тромбоцитоз
- в) диспротеинемия
- г) нормальная СОЭ

044. Для периодической болезни не характерно

- а)суставной синдром
- б)боли в животе
- в)периодическая лихорадка
- г)кардит

045.Наиболее частой причиной стойкого повышения артериального давления в детском возрасте является

- а)вегетососудистая дистония
- б)болезни почек
- в)гипертоническая болезнь

046.Акцент II тона на легочной артерии наблюдается

- а)при транспозиции аорты
- б)при аномальных коронарных сосудах
- в)при легочной гипертензии
- г)значения не имеет

047.При длительном приеме высоких доз витамина D возникает риск развития

- а)анемии
- б)задержки роста
- в)нарушения функции почек

048.К основной флоре толстой кишки относится все перечисленное, за исключением

- а)кишечной палочки
- б)клостридии
- в)лактобактерина
- г)бифидумбактерий

049.Каким методом можно определить двигательную функцию толстой кишки?

- а)копрограммой
- б)ректороманоскопией
- в)ирригоскопией
- г)колоноскопией

050.Какие показатели копрограммы не связаны с патологией толстой кишки?

- а)мышечные волокна
- б)слизь
- в)лейкоциты
- г)эритроциты

051.К основному копрологическому признаку неспецифического язвенного колита относится

- а)выделение слизи с кровью
- б)стеаторея
- в)амилорея
- г)креаторея

052.Какие симптомы являются показанием для проведения ирригоскопии?

- а)боли натошак в эпигастрии
- б)боли по ходу толстой кишки перед дефекацией
- в)выделение слизи, крови с калом
- г)боли в области ануса после дефекации

053.Какие симптомы являются показанием для проведения колоноскопии?

- а)спастический запор
- б)повторные кровотечения из прямой кишки
- в)простой запор
- г)боли по ходу толстой кишки

054.Для диагностики каких заболеваний толстой кишки обязательна прицельная биопсия?

- а)при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона
- б)при спастическом запоре
- в)при проктосигмоидите
- г)при дисбактериозе

055.Какой метод позволяет выявить аномалии толстой кишки?

- а)ректороманоскопия
- б)ирригоскопия
- в)посев на дисбактериоз
- г)копрология

056. Для какого заболевания толстой кишки характерны парапроктиты?

- а) для неспецифического язвенного колита
- б) для болезни Крона
- в) для проктосигмоидита
- г) для постинфекционного колита

057. Какие изменения слизистой оболочки прямой кишки предшествуют развитию геморроя?

- а) катаральный проктит
- б) сфинктерит
- в) расширение вен прямой кишки
- г) фолликулит

058. Для болезни Крона характерно

- а) внутрибрюшной абсцесс
- б) парапроктит
- в) постгеморрагическая анемия
- г) все перечисленное

059. Какое исследование необходимо проводить при подозрении на повторные кровотечения из толстой кишки?

- а) ректороманоскопию
- б) колоноскопию
- в) копрограмму
- г) исследование кала на дисбактериоз

060. Показаниями для срочного рентгеноконтрастного исследования толстой кишки являются

- а) признаки непроходимости
- б) спастический запор
- в) боли в области сигмы
- г) боли в области слепой кишки

061. Какое заболевание желудка не сопровождается рвотой с кровью?

- а) гастрит геморрагический, эрозивный
- б) язва желудка
- в) гиперацидность желудка
- г) синдром Меллори - Вейса

062. При каком заболевании кровотечение из желудочно-кишечного тракта сопровождается болью?

- а) при гемофилии
- б) при тромбоцитопенической пурпуре
- в) при геморрагическом васкулите, тромбоваскулите, ДВС-синдроме
- г) при болезни Виллебранда

063. Кишечные кровотечения не характерны

- а) для дивертикула Меккеля
- б) для полипоза
- в) для геморроя
- г) для муковисцидоза

064. Какое исследование целесообразно провести первым при подозрении на кровотечение из вен пищевода?

- а) исследование сывороточного железа
- б) эзофагоскопия
- в) исследование мокроты на сидерофаги
- г) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием

065. Какое заболевание не сопровождается болями в гипогастрии?

- а) аппендицит
- б) целиакия
- в) гинекологическая патология
- г) проктосигмоидит

066. О балансе воды позволяют судить исследования у ребенка

- а) уровня гемоглобина
- б) массы ребенка
- в) гематокрита
- г) всего перечисленного

067. При отравлении бледной поганкой развивается

- а) судорожный синдром
- б) отек легких
- в) острая почечная недостаточность
- г) острая печеночная недостаточность

068. При отравлении антропиноподобными веществами наблюдается

- а) саливация, бронхоспазмы, сужение зрачков
- б) угнетение сознания, сужение зрачков
- в) гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
- г) тонико-клонические судороги

069. Диагноз экзотоксической комы при отравлении подтверждается

- а) на основании ЭКГ
- б) уровнем ликворного давления
- в) данными токсикологических лабораторных исследований

070. При пероральном отравлении ребенку в первую очередь необходимо

- а) провести форсированный диурез
- б) ввести слабительное средства
- в) поставить сифонную клизму
- г) промыть желудок

071. Жизнедеятельность мозга сохраняется при продолжительности клинической смерти в течение

- а) 3-4 мин
- б) 5-7 мин
- в) 10 мин и более

072. С какого возраста необходимы специальные занятия гимнастикой и массажем со здоровым ребенком?

- а) с рождения
- б) здоровому ребенку не нужны
- в) с полутора месяцев
- г) с 2 месяцев

073. Укажите возрастной период, в котором преобладают процессы накопления массы тела

- а) грудной возраст
- б) преддошкольный возраст
- в) дошкольный возраст
- г) школьный возраст

074. Особенно сильно изменяет иммунореактивность детей недостаток

- а) белка
- б) углеводов
- в) полиненасыщенных жирных кислот
- г) ненасыщенных жирных кислот

075. Алиментарная белковая недостаточность проявляется

- а) снижением альбумино-глобулинового коэффициента
- б) в гипопроteinемии
- в) в снижении антителообразования
- г) в отставании массы тела
- д) во всем перечисленном

076. К алиментарной белковой недостаточности и избыточности углеводов приводит

- а) назначение каши 3-4 раза в день
- б) плохое усвоение пищевых веществ
- в) позднее введение мясных блюд
- г) все перечисленное

077. Причиной возникновения сальмонеллеза чаще может явиться отравление

- а) супом молочным
- б) котлетой мясной
- в) овощным рагу
- г) соком фруктовым

078. Сальмонеллезная инфекция редко бывает связана с употреблением

- а) молока
- б) консервов
- в) тортов

г)мяса

079.Причиной стафилококковой интоксикации чаще других могут явиться

- а)мясные изделия
- б)изделия из рыб
- в)изделия из крупы
- г)молочные смеси

080.В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне

- а)желудка
- б)верхних отделов тонкой кишки
- в)тощей кишки
- г)толстой кишки

081.Через какое время после введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула, везикула или пустула?

- а)через 1 неделю
- б)через 2-3 недели
- в)через 4-6 недель
- г)через 2-3 месяца

082.Какие причины наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом

- а)асфиксия и родовая травма
- б)пороки развития ЦНС
- в)гипогликемия и гипокальциемия
- г)гипербилирубинемия

083.Укажите поздние симптомы врожденного гипотиреоза

- а)отставание в психомоторном развитии
- б)сухость кожи, склонность к запорам, затаявшаяся желтуха
- в)отеки, грудной голос, низкий рост волос
- г)все перечисленные

084.Какие симптомы характерны для новорожденных от матерей с сахарным диабетом?

- а)гипогликемия
- б)гипокальциемия
- в)гипербилирубинемия
- г)все перечисленные

085.Какие факторы могут способствовать развитию геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде?

- а)гипотермия, ацидоз, гиперкапния
- б)специфические внутриутробные инфекции
- в)прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
- г)все перечисленные

086.Какое осложнение является самым тяжелым при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных?

- а)анемия
- б)поражение печени
- в)поражение ЦНС
- г)сердечная недостаточность

087.Какая причина анемии при рождении встречается чаще других?

- а)кровопотеря или гемолиз
- б)наследственный микросфероцитоз
- в)дефицит эритроцитных ферментов
- г)гемолитическая болезнь новорожденных

088.К наиболее частым причинам миокардита у новорожденных детей относятся инфекции, вызванные

- а)вирусом Коксаки
- б)стафилококком
- в)стрептококком
- г)клебсиеллой

089.При каком заболевании в копрограмме обнаруживается большое количество нейтрального жира и его преобладание над жирными кислотами?

- а) при лактазной недостаточности
- б) при муковисцидозе
- в) при экссудативной энтеропатии
- г) все ответы правильные

090. Для диагностики инфекции мочевой системы наибольшее значение имеет

- а) общий анализ мочи
- б) анализ мочи на бактериурию
- в) количественный анализ мочи
- г) все перечисленное

091. Среди факторов, определяющих развитие хронического пиелонефрита, ведущую роль играют

- а) наследственная предрасположенность
- б) ПМР
- в) вирулентность микроба
- г) снижение местной реактивности

092. Какой симптом характерен для наследственного нефрита?

- а) острое начало болезни
- б) умеренная, торпидная гематурия
- в) умеренные отеки
- г) все перечисленное

093. Наследственный нефрит часто сочетается

- а) с тугоухостью
- б) с врожденным пороком сердца
- в) с ПМР
- г) с всем перечисленным

094. Каким препаратом можно проводить профилактические курсы лечения при пиелонефрите

- а) нитрофуранами
- б) антибиотиками
- в) противогрибковыми
- г) всем перечисленным

095. Какой сульфаниламид включен в формуляр лечения пиелонефрита

- а) бисептол
- б) лфален
- в) сульфадимезин
- г) все перечисленное

096. Гемолитико-уремический синдром характеризуется

- а) внутрисосудистым свертыванием крови
- б) изолированным мочевым синдромом
- в) протеинурией
- г) всем перечисленным

097. Наиболее частым клиническим симптомом опухоли Вильмса является

- а) артериальная гипертензия
- б) боли в поясничной области
- в) внезапная гематурия
- г) частое и болезненное мочеиспускание

098. Типичными симптомами анафилактического шока являются все следующие, кроме

- а) стенотического дыхания
- б) отека губ, век, шеи
- в) артериальной гипотензии
- г) непроизвольного мочеиспускания
- д) геморрагического синдрома

099. Из указанных гормональных препаратов наиболее показаны для лечения больного с отеком мозга

- а) преднизолон
- б) гидрокортизон
- в) преднизолон, гидрокортизон
- г) дексаметазон
- д) ни один из указанных

100. Какое осложнение не характерно для паротитной инфекции

- а) панкреатит
- б) поражение сумандибулярной и сублингвальной желез
- в) энцефалит
- г) нефрит
- д) орхит (аднексит)

Эталоны ответов (вариант № 5)

1	Б	26	Г	51	а	76	в
2	Г	27	А	52	в	77	б
3	А	28	Б	53	б	78	б
4	Б	29	В	54	а	79	г
5	А	30	д	55	б	80	б
6	Б	31	г	56	б	81	в
7	В	32	а	57	в	82	в
8	А	33	д	58	г	83	г
9	В	34	б	59	б	84	г
10	В	35	г	60	а	85	г
11	Б	36	а	61	в	86	в
12	Г	37	б	62	в	87	а
13	А	38	б	63	г	88	а
14	А	39	г	64	б	89	б
15	Г	40	б	65	б	90	б
16	А	41	в	66	г	91	б
17	Б	42	г	67	г	92	б
18	А	43	г	68	в	93	а
19	А	44	г	69	в	94	а
20	Б	45	б	70	Г	95	а
21	В	46	в	71	А	96	а
22	Г	47	в	72	В	97	в
23	Г	48	б	73	А	98	д
24	Г	49	в	74	В	99	г
25	В	50	а	75	Д	100	г

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Задача №1

Девочка 5 месяцев имеет массу тела 7 кг 900 г, длину тела 64 см, , окр. груди 44 см, окр головы 43,5 см. Находится на искусственном вскармливании. Улыбается, гулит при общении с ним, удерживает голову, переворачивается и удерживает игрушку, самостоятельно берёт предмет, начал ползать

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Оценить психомоторное развитие ребёнка
4. Написать меню с учётом характера вскармливания и состояния физического развития ребёнка

Задача №2

Мальчик 6 месяцев имеет массу тела 6 кг 500г, длину тела 69 см, окружность груди 45 см, окружность головы 44,5 см. Находится на искусственном вскармливании. Улыбается, гулит при общении с ним, удерживает голову, переворачивается и удерживает игрушку. Самостоятельно предмет не берёт, не ползает.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Оценить психомоторное развитие ребёнка
4. Написать меню с учётом характера вскармливания и состояния физического развития ребёнка

Задача №3

Мальчик 2 месяцев имеет массу тела 3900г, длину тела 58 см, окр груди 38см, окр головы 38 см, родился с массой тела 3250г. Находится на грудном вскармливании. При контрольном взвешивании установлено, что ребёнок высасывает по 80мл на одно кормление, число кормлений 6 в сутки.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Оценить эффективность вскармливания
4. Рассчитать необходимый объём кормления в сутки калорийным методом

5. Дать рекомендации матери ребёнка по режиму и характеру вскармливания

Задача №4

Мальчик 7 лет имеет массу тела 34 кг, 500г, рост 125 см, окр груди 62 см, окр головы 54 см.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. Рассчитать индекс массы тела
4. Дать рекомендации по обследованию и питанию ребёнка

Задача №5

Девочка 2 лет имеет массу тела 12 кг 500 г, рост 85 см, окр груди 52 см, окр головы 52 см.

Задание

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом (по центильным таблицам)
2. Рассчитать должноствующие показатели массы, длины тела, окружности головы и груди эмпирическим методом (по формулам)
3. С какой патологией можно связать особенности физического развитияданного ребёнка
4. Дать рекомендации по обследованию ребёнка

Задача №6

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°C и выраженным возбуждением.

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

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

Гемограмма: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,83, лейкоциты $9,8 \times 10^9$ /л п/ядерные 4%, с/ядерные 32%, эозинофилы 1%, лимфоциты 56%, моноциты 7%, СОЭ 11 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевины 4,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200).

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
5. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
6. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае?
7. Какие лабораторные тесты могут подтвердить этиологию заболевания?
8. Какие предрасполагающие факторы играют роль в развитии гипертермического синдрома у детей раннего возраста?
9. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий?
10. В консультации каких специалистов нуждается данный ребенок ?
11. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача №7

Девочка З., 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость ребенка, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи. Из анамнеза известно, что при диспансеризации у ребенка выявлено снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,63. Мать госпитализировала ребенка лишь в настоящее время, спустя 2 недели после рекомендации педиатра.

Анамнез жизни: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста ребенок находится на искусственном вскармливании смесью "Агуша" (мать - студентка дневного отделения вуза). С 4-месячного возраста девочку отправили к бабушке в деревню, где она вскармливалась козьим молоком, соками, овощами с собственного огорода. Мясо практически не получала, так как отказывалась от еды, если в ее состав входило мясо (со слов бабушки). Врачами все это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар состояние ребенка расценено как тяжелое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком. Ушные раковины на просвет желтовато-бледной окраски. В углах рта "заеды". В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +3,0 см ниже реберного края. Селезенка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается. Психо-физическое развитие соответствует 9-10 мес.

Гемограмма: гемоглобин 54 г/л, эритроциты $2,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,63, ретикулоциты 2,9%, лейкоциты $7,2 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 20%, эозинофилы 4%, лимф. 64%, моноциты 10%, СОЭ 14 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л, мочевины 3,2 ммоль/л, билирубин общий 22,5 мкмоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций ионизированный 1,0 ммоль/л (норма 0,8-1,1), фосфор 1,2 ммоль/л (норма 0,6-1,6), железо 4,1 мкмоль/л (норма 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки 103 мкмоль/л (норма 63,0-80,0), свободный гемоглобин.

Анализ кала на скрытую кровь (трехкратно): отрицательно.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какие причины способствовали развития заболевания у данного ребенка?
6. Приведите классификацию данного заболевания.
7. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
8. Назначьте лечение.
9. Укажите прогноз заболевания.
10. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №8

Алия, 1 год 3 мес. Жалобы матери на резкое похудание ребенка, потерю аппетита, появление жидкого стула. Ребенок родился доношенным, с массой 4000 грамм, от II беременности, у здоровых молодых родителей. С 3-месячного возраста находится на смешанном вскармливании. Рос и развивался соответственно возрасту. Заболевание началось через некоторое время после введения в рацион питания манной каши, хлеба, печенья. В возрасте 7-8 мес. у ребенка ухудшился аппетит, живот увеличился в объеме, стул стал жидким, обильным, с резким неприятным запахом. Ребенок стал прогрессирующе худеть.

При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый. Кожные покровы бледно-сероватого цвета, с грязной пигментацией в складках. Подкожно-жировой слой на туловище, на конечностях и на лице истончен. Тургор тканей снижен. Отмечается выраженная мышечная гипотония. Лимфатические узлы не пальпируются. Костная система: выражены лобные и теменные бугры, уплощение затылка, нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются "четки", "браслетки". Зубная формула 2/0. Число дыханий 34 в минуту. Перкуторный звук над легкими с небольшим тимпаническим оттенком. Аускультативно жесткое дыхание. Пульс 120 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ясные, чистые. Язык гиперемирован, в центре обложен белым налетом. Живот резко увеличен в объеме, мягкий, безболезненный, через тонкие стенки живота ясно определяются петли кишечника. Печень пальпируется на 1,5-2 см ниже реберной дуги, край мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул 3-4 раза в сутки, обильный, рыхлый, пенистый, с резким неприятным запахом, желтовато-зеленоватого цвета. АД 80/45 мм рт.ст. Масса 6800 г, рост - 70 см.

Копрограмма: цвет серовато-желтый, жидкой консистенции, мышечные волокна измененные +, мышечные волокна неизмененные ++, непереваренная клетчатка - +++, крахмал внеклеточный +, детрит +++, жир нейтральный +++, жирные кислоты ++.

Гемограмма: гемоглобин 90 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,8, лейкоциты $9,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 35%, лимфоциты 58%, мон. 3%, эозинофилы 1%, СОЭ 8 мм/ч.

Содержание сахара в крови: натощак 3,5 ммоль/л, через 30 минут 3,7 ммоль/л, через 60 мин. 4,3 ммоль/л. через 90 мин. 4,3 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок 63 г/л, альбумины 52%, глобулины 48%, альфа1-глобулины 6,2%, альфа2-глобулины 7%, бета-глобулины 12%, гамма-глобулины 18%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, реакция кислая, удельный вес 1010, белок - следы, лейкоциты 0-1-1 в поле зрения, эритроциты - един. в поле зрения, эпителиальные клетки 2-4 в поле зрения, соли мочевой кислоты +, оксалаты +.

Содержание хлоридов в поте: 35 мэкв/л.

Иммуноглобулины: IgA 4,1 г/л (N 0,3-2,0), IgM 0,2 г/л (N 0,4-1,8), IgG 11 г/л (N 4,9 - 12,5).

R-исследование ЖКТ: резкое вздутие кишечных петель, перемещающиеся уровни жидкости в проекции тонкой кишки, сглаженность рельефа, слизистой оболочки кишечника, ускоренная эвакуация контрастного вещества. Толстая кишка - гипотоничная, содержит много газа и жидкости.

Ферментологическое исследование слизистой тонкого кишечника выявило дефицит ферментов (АТФ, нуклеотидазы, дисахаридаз, гликофосфатазы, щелочной фосфатазы).

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.

- Оцените результаты дополнительных методов исследования.
- Проведите дифференциальный диагноз.
- Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
- Объясните патогенез выявленных синдромов у больного. Дефицит какого фермента лежит в основе данного заболевания?
- В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
- Назначьте лечение.
- Укажите прогноз заболевания. Какое осложнение угрожает больному при прогрессировании заболевания?
- Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №9

Больной В., 2 года 8 мес., поступил в приемное отделение с жалобами на кашель, повышение температуры до 37,5, одышку.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, когда на фоне повышения температуры до 37,8⁰С появился сухой кашель и насморк. Мама лечила ребенка самостоятельно (жаропонижающие препараты и отхаркивающие травы). Через два дня состояние его ухудшилось, появилась выраженная одышка, свистящее дыхание, беспокойство, в связи с чем родители обратились к врачу. Подобная одышка отмечалась ранее неоднократно, полгода назад, на фоне ОРЗ.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1-й половины. Роды срочные, с массой 3200 г, длиной тела 51 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен. Проф. прививки проведены по графику. Родители практически здоровы. Объективно состояние средней тяжести. Ребенок возбужден. Кожные покровы чистые, температура тела 37,2⁰С. Цианоз носогубного треугольника, гиперемия зева. Грудная клетка обычной формы, заметно участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Дыхание свистящее, перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание 50 в минуту. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы с обеих сторон, разнокалиберные влажные хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, приглушенные, до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул оформлен, регулярный, диурез свободный.

Гемограмма: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты $3,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 29%, лимфоциты 51%, моноциты 50%, СОЭ 15 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: отмечается повышение прозрачности легочной ткани.

Задание:

- Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
- Оцените результаты дополнительных методов исследования.
- Проведите дифференциальный диагноз.
- Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
- Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
- Назначьте лечение.
- Укажите прогноз заболевания.
- Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №10

Больная И., 1 г. 2 мес. поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на мучительный кашель, повышение температуры до 37,5⁰С, одышку, плохую прибавку в весе, жидкий стул (частый, с жирным блеском, зловонный).

Анамнез заболевания: ребенок болен с первых дней жизни: отмечалось срыгивание после каждого кормления, частый жидкий стул с зеленью, неприятным запахом, с капельками жира. Пеленки плохо отстирывались. Отмечалась плохая прибавка в массе, несмотря на хороший аппетит. С 5 месяцев девочка стала болеть частыми бронхитами, пневмонией, трудно поддающимися лечению. Мама обратила внимание на соленый вкус лба.

Анамнез жизни: ребенок от II беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1-й половины, роды II, срочные, с массой тела 3300 г, длиной 50 см. 1 ребенок умер в возрасте 1 месяца от пневмонии. БЦЖ сделана в роддоме, остальные прививки не сделаны из-за частой заболеваемости ребенка ОРВИ. Родители здоровы.

Объективные данные: состояние тяжелое, отмечается сухой мучительный кашель. Девочка пониженного питания (вес в настоящее время 8200 г). Тургор тканей и эластичность подкожно-жировой клетчатки снижены. Кожные покровы бледные, с выраженным цианозом носогубного треугольника. В области надбровных дуг - кристаллы солей. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над легкими тимпанит, аускультативно на фоне жесткого дыхания масса сухих проводных и влажных мелкопузырчатых хрипов, крепитация. Частота дыхания 45 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС 92-96 в минуту. Живот вздут, печень +3 см, селезенка не пальпируется. Стул частый, зловонный, с жирным блеском.

Гемограмма: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $12,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 50%, лимфоциты 38%, моноциты 6%, СОЭ 28 мм/час.

Копрология кала: нейтральный жир +++.

Анализ пота на хлориды: хлор пота 90 мэкв/л.

Рентгенография грудной клетки: повышена пневматизация легочной ткани, ателектазы 2,4 сегментов справа. Корни легких фиброзно изменены.

Задание:

- Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
- Оцените результаты дополнительных методов исследования.
- Проведите дифференциальный диагноз.
- Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.

5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назначьте лечение.
7. Укажите прогноз заболевания.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №11

Оля К., 7 мес., поступает в стационар с жалобами на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Мама работает медсестрой. Аллергия в виде сыпи на витамин В6. Отец работает водителем, здоров. У бабушки по линии матери - полиартрит, аллергический ринит, астма.

Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. После дачи смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение мазями и примочками без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

При объективном исследовании: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, везикуло-папулезные высыпания, корочки, трещины в области локтевых сгибов, запястий, шеи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5x0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык "географический". Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание жесткое. Тоны сердца ритмичны. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

При обследовании получены следующие данные:

Общий анализ мочи: белок отриц., эпителий 13-10-15 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, удельный вес 1012.

Гемограмма: гемоглобин 97 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 7%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Кал на копрологию: непереваренная клетчатка +, лейкоциты един., слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Приведите классификацию данного заболевания.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назначьте лечение.
7. Укажите прогноз заболевания.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №12

Больной А., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на повышение температуры до 39 С, влажный кашель, стонущее дыхание, снижение аппетита, вялость.

Ребенок заболел остро 5 дней назад повысилась температура до 38,5-39⁰С, которая снижалась после жаропонижающих средств, на очень короткое время; сухой кашель, потеря аппетита, возбуждение. Лечение проводилось в амбулаторных условиях таблетками парацетамола и феноксиметилпенициллина. В последние 2 дня состояние мальчика значительно ухудшилось: появилось стонущее дыхание, ребенок стал адинамичным, нарушился сон.

Анамнез жизни без особенностей. Объективно: при поступлении состояние ребенка очень тяжелое. Температура 39,5⁰С. Влажный кашель, стонущее дыхание. Отмечается бледность кожных покровов, мраморность, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, пастозность стоп. Тургор мягких тканей снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими укорочение перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно: на фоне диффузных разнокалиберных влажных хрипов, справа дыхание ослабленное, отмечается крепитация. ЧД 64 в 1 минуту. Границы сердца расширены, тоны приглушены, тахикардия до 150 в минуту, короткий систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание урежено. Стул не нарушен.

Гемограмма: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $13,5 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, лимфоциты 40%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, билирубин 10 мкмоль/л, тимоловая проба 2 ед.

Рентгенография грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, очаговая инфильтрация легочной ткани в С₈ справа. Сердце расширено в поперечнике.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
7. Назначьте лечение.

- Укажите прогноз заболевания.
- Составьте план реабилитации и диспансерного наблюдения.

Задача №13

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), наличие одышки и цианоза, которые усиливаются при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы и слизистые оболочки с цианотичным оттенком. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол". Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастер-нальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 140 ударов в минуту. ЧД - 40 в минуту. Интенсивный продолжительный систолический шум жесткого тембра с эпицентром во II – III межреберье слева от грудины. II тон ослаблен во втором межреберье слева от грудины. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Гемограмма: гематокрит 49% (норма 31-47%), гемоглобин 170 г/л, эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,91, лейкоциты $6,1 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 26%, эозинофилы 1%, лимфоциты 64%, моноциты 6%, СОЭ 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес 1004, белок - отсутствует, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины 5,1 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 ЕД/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 62 мм рт.ст. (норма 80-100), pCO_2 50 мм рт.ст. (норма 36-40), pH 7,29, BE - - 8,5 ммоль/д (норма - +-2,3).

Задание:

- Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
- Оцените результаты дополнительных методов исследования.
- Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
- Укажите анатомические особенности данного заболевания.
- Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза? Какие изменения возможны?
- Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
- Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
- Какие осложнения возможны при данном заболевании?
- Назначьте лечение.
- Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №14

Больная Н., 13 лет, поступает с жалобами на быструю утомляемость, головные боли, головокружения, колющие боли в сердце, плохую переносимость транспорта и душных помещений, чувство нехватки воздуха, ощущение перебоев в работе сердца.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно – розовые. Дистальный гипергидроз. Дермографизм красный. Удовлетворительного питания. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Область сердца не изменена. Пульс удовлетворительного наполнения. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные. Мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 60 в 1 мин. В положении лежа выслушиваются экстрасистолы с частотой 8 в 1 мин. В положении стоя и после физической нагрузки (20 приседаний) экстрасистолы не регистрируются. АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Гемограмма: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 128 г/л; лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы 4%, нейтрофилы 58%, лимфоциты 30%, моноциты 8%, СОЭ 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1016, реакция кислая, белок отр., лейкоциты 2-4-2 в поле зрения.

ЭКГ: на фоне синусового ритма регистрируются вентрикулярные экстрасистолы. ЭОС не отклонена.

ЭхоКГ: полости сердца не расширены, Сократительная способность миокарда сохранена.

ЭКГ-проба с атропином: через 15, 30 и 45 минут после введения атропина экстрасистолы не зарегистрированы. Через 60 минут единичные экстрасистолы.

РЭГ: снижение тонуса крупных сосудов, незначительное затруднение венозного оттока.

Задание:

- Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
- Оцените результаты дополнительных методов исследования.
- Проведите дифференциальный диагноз.
- Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
- Приведите классификацию данного заболевания.
- Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
- Назначьте лечение.
- Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №15

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на слабость, одышку, боли в животе, утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес., в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес. перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура 37,2-37,5°C в течение 2 дней. С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Быстро стал уставать. Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ 100 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 43%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, моноциты 3%, лимфоциты 40%, СОЭ 11 мм. С диагнозом: "железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней и стоп. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Гемограмма: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $6,3 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 48%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, лимфоциты 40%, моноциты 8%, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белок и глюкоза - отсутствуют, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
7. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
8. Какие дополнительные исследования необходимо провести? Какие изменения могут быть выявлены?
9. Назначьте лечение данному ребенку.

Задача №16

Больной П., 6 месяцев, поступает с жалобами на одышку, кашель, задержку физического развития затруднения при кормлении ребенка грудным молоком (во время сосания появляется одышка, цианоз носогубного треугольника, ребенок отказывается от груди). Шум в области сердца впервые выслушан в роддоме. Ребенок от I беременности. В I триместре мама дважды болела острым бронхитом, по поводу чего принимала антибиотики. Роды срочные, физиологические. Вес при рождении – 3400 г. С рождения на грудном вскармливании. Дважды болел пневмонией с затяжным течением.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Подкожно – жировой слой истощен. Грудная клетка деформирована по типу "сердечного горба". Одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 56 в 1 мин. Над задне – нижними отделами легких с обеих сторон укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитация. Верхушечный толчок усилен, смещен влево. Границы сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, правая – 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – II межреберье. Усиление и раздвоение II тона над легочной артерией. Грубый интенсивный систолический шум с эпицентром в V точке, проводится за пределы сердечной области и на спину. ЧСС - 154 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пальпируется край селезенки.

Гемограмма: эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 116 г/л, лейкоциты $12,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы 2%, нейтрофилы 52%, лимфоциты 38%, моноциты 8%, СОЭ 26 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, реакция кислая, белок следы, L 4-2-2 в п/зр, эритроц. отр.

ЭКГ: синусовая тахикардия 160 в 1 мин. ЭОС отклонена вправо. Признаки гипертрофии миокарда обоих желудочков, правого предсердия.

ЭхоКГ: расширение полостей всех отделов сердца. Расширение легочной артерии. Прерывание эхосигнала в области мембранозной части межжелудочковой перегородки 1 см.

Рентгенография органов грудной клетки: легочной рисунок резко обогащен за счет сосудисто-интерстициального компонента. Сердечная тень значительно расширена в поперечнике за счет увеличения левых и правых отделов. Выбухание дуги легочной артерии.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
6. Назначьте лечение.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №17

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 IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во V точке выслушивается диастолический шум. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 130/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Гемограмма: гемоглобин 115 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 4%, с/ядерные 54%, эозинофилы 3%, лимфоциты 36%, моноциты 3%, СОЭ 35 мм/час.

Общий анализ мочи: 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.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз по классификации.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
6. Назначьте лечение.

Задача №18

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

При поступлении состояние средней тяжести. Деформация проксимальных межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Гемограмма: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 4%, с/ядерные 44%, эозинофилы 2%, лимфоциты 47%, моноциты 3%, СОЭ 46 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1014, белок 0,06%, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок 83 г/л, альбумины 48%, глобулины: альфа1-глобулины 11%, альфа2-глобулины 10%, бета-глобулины 5%, гамма-глобулины 26%, серомукоид 0,8 (норма - до 0,2), АлТ 32 ЕД/л, АсТ 25 ЕД/л, мочевины 4,5 ммоль/л.

Рентгенография кистей: эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз по классификации.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте болезни?

Задача №19

Девочка З., 13 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Гемограмма: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $90 \times 10^9/л$, лейкоциты $1,5 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 62%, эозинофилы 2%, лимфоциты 31%, моноциты 3%, СОЭ 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, белок 0,33%, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок 83 г/л, альбумины 46%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 -12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ 32 Ед/л, АСТ 25 Ед/л, мочевина 4,5 ммоль/л, креатинин 98 ммоль/л. *Проба Зимницкого:* удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез – 460 мл.

Клиренс по креатинину - 70 мл/мин.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз по классификации.
5. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
6. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
7. Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза?
8. Назначьте лечение.
9. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №20

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 на первые сутки, выписана из роддома на 6-е 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.

Ребенок в 3 мес перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. 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. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/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.

Гемограмма: гемоглобин 118 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,2 \times 10^9/л$, п/ядерные 1%, с/ядерные 30%, эозинофилы 3%, лимфоциты 58%, моноциты 8%, СОЭ 5 мм/час.

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

Задание:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Укажите наиболее вероятную этиологию заболевания.
6. Назначьте лечение.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №21

Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы заболевания прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3 лет.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивит гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Гемограмма: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $7,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 34%, эозинофилы 12%, лимфоциты 50%, моноциты 1%, СОЭ 5 мм/час.

Зимой были проведены скарификационные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Каковы основные принципы лечения?
6. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №22

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 при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери - рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка. В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД -28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих свистящих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Гемограмма: гемоглобин 118 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \times 10^9/л$, п/ядерные 1%, с/ядерные 48%, эозинофилы 14%, лимфоциты 29%, моноциты 8%, СОЭ 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, 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.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае?
7. Назначьте лечение после снятия обострения.
8. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
9. Составьте план обследования после снятия обострения
10. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
11. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №23

Девочка 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ - редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела $39^{\circ}C$, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края ребер. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день - анурия.

Гемограмма: гемоглобин 80 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 8%, тромбоциты $70 \times 10^9/л$, лейкоциты $15,7 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 70%, лимфоциты 19%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 20,0 мл, цвет темно-коричневый, относительная плотность 1008, белок 0,66‰, лейкоциты 4-6 в п/з, эритроциты до 100 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, СРБ ++, общий билирубин 40 мкмоль/л (прямой 3,5 мкмоль/л, непрямой 36,5 мкмоль/л), холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, мочевины 38,6 ммоль/л, креатинин 673 мкмоль/л (норма - до 100), калий 6,19 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 18 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, ЧЛС не изменена.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
4. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
5. Назначьте лечение.
6. Перечислите исходы данного заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №24

Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов Масса тела при рождении 3800 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 5-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задне-нижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 2 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.

Гемограмма: гемоглобин 111 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $13,2 \times 10^9$ /л, п/ядерные 5%, с/ядерные 53%, эозинофилы 2%, лимфоциты 38%, моноциты 2%, СОЭ 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, белок 3,3‰, лейкоциты 3-5 в п/з, цилиндры, гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок 35 г/л, альбумины 35%, глобулины: альфа1-глобулины 5%, альфа2-глобулины 25%, бета-глобулины 20%, гамма-глобулины 15%, креатинин 60 ммоль/л, мочевины 6,2 ммоль/л, калий 4,5 ммоль/л, кальций 1,8 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты 55 мг/сут (норма - до 17).

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
5. Назначьте лечение.
6. Опишите диету, необходимую данному больному.
7. Составьте план диспансерного наблюдения

Задача №25

Мальчик 9 лет, поступил в отделение с жалобами на изменения в анализах мочи, понижение слуха.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, вторых родов (первый ребенок, мальчик, умер в возрасте 11 лет от почечной недостаточности, страдал снижением слуха с 3 лет). Настоящие роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. Болел ОРВИ редко (2-3 раза в год).

В 3 года, после перенесенного ОРВИ, а анализе мочи были выявлены: гематурия, незначительная лейкоцитурия, протенурия до 600 мг/сут. С диагнозом "хронический нефрит, гематурическая форма" мальчик неоднократно лечился без эффекта по месту жительства. Стал отставать в физическом развитии.

При поступлении в нефрологическое отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела 20 кг. Подкожно-жировой слой развит плохо. Отеков, пастозности нет. АД 105/55 мм рт.ст. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС -88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Гемограмма: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,5 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 66%, эозинофилы 1%, лимфоциты 23%, моноциты 8%, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: белок 0,9‰, лейкоциты 6-7 в п/з, эритроциты - покрывают все поле зрения, относительная плотность 1007.

Проба по Зимницкому: уд. вес от 1002 до 1008; дневной диурез 250 мл, ночной диурез 500 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, холестерин 5,3 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л. *Клиренс по эндогенному креатинину:* 75 мл/мин. *Внутривенная урография:* правосторонняя пиелоктазия, нерезко выфаженная дилатация чашечек, асимметрия размеров почек.

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких частотах.

Консультация окулиста: диагностированы катаракта I степени, миопия.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Укажите прогноз заболевания
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №26

Мальчик 6,5 лет, родился от I беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. На сроке 5 недель мать переболела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа. Генетологический анамнез не отягощен. Профессиональные вредности. мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами. В возрасте 3 лет, при обследовании по поводу

очередной ОРВИ, у ребенка выявлено изменение в анализах мочи: относительная плотность 1002-1008, протеинурия. Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар.

При поступлении состояние довольно тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, "готическое" небо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС - 90 уд/мин. АД -100/55 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки,

Гемограмма: гемоглобин 102 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 64%, эозинофилы 4%, лимфоциты 23%, моноциты 6%, СОЭ 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 200 мл, цвет желтый, реакция щелочная, относительная плотность 1004, белок 0,066‰, эритроциты 3-4 в п/з.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1003-1009, никтурия.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 59%, альфа1-глобулины 5%, альфа2-глобулины 8%, бета-глобулины 13%, гамма-глобулины 15%, мочевины 17,9 ммоль/л, креатинин 123 ммоль/л (норма 58 - 205), калий 5,16 ммоль/л, натрий 142,3 ммоль/л.

КОС: рН 7,3, ВЕ -12 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок 600 мг/сут (норма - до 200), аммиак 22 ммоль/сут (норма - 30-65), титрационная кислотность 40 ммоль/сут (норма 48-62), углеводы 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11).

Клиренс по эндогенному креатинину: 50 мл/мин (норма 80-100).

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, паренхима неоднородна, множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек, ЧЛС деформирована.

Экскреторная урография: обе почки значительно увеличены в размерах, контуры ровные, ЧЛС деформирована: паукообразная конфигурация почечной лоханки, чашечки полигональной формы.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие еще методы обследования следует включить в план обследования ребенка?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Назначьте лечение.
7. Каков возможный прогноз заболевания?
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №27

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились синяки различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. На туловище, конечностях петехиальная сыпь, экхимозы различной величины и окраски. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем без видимой патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Гемограмма: гемоглобин 94 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 5,1%, тромбоциты $12 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 56%, эозинофилы 3%, лимфоциты 30%, моноциты 9%, СОЭ 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки 0,5%, нейтрофильный росток 62%, эозинофильный росток 4%, лимфоциты 5%, эритроидный росток 27%, мегакарициты в большом количестве, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский 2-4 в п/з, лейкоциты 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов при данном заболевании.
5. Назначьте лечение данному больному.
6. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?
7. Каков прогноз заболевания?

Задача №28

Мальчик П., 10 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}C$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/л$, с связи с чем мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы различных размеров и окраски. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +5 см, селезенка +6 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Гемограмма: гемоглобин 81 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты единичные, лейкоциты 208×10^9 /л, бласты 76%, п/ядерные 1%, с/ядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакарициты – не обнаружены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция, реакция на пероксидазу и липиды отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры Т-клеток.

Исследование ликвора: цитоз 200/3 (бласты 100%), белок 960 ммоль/л, реакция Панди +++.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
6. Назовите основные этапы и принципы лечения этого заболевания.
7. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики? Укажите методы профилактики данного осложнения.

Задача №29

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

Гемограмма: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты $1,3 \times 10^9$ /л, п/ядерные 1%, с/ядерные 4%, лимфоциты 95%, СОЭ 35 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, мегакарициты - не найдены.

Общий анализ мочи: цвет желтый, удельный вес 1018, белок - следы, эпителий плоский 2-4 в п/з, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты 25-30 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Укажите наиболее информативный метод диагностики данного заболевания.
6. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
7. Какие существуют современные методы лечения данной патологии ?
8. Какие неотложные состояния могут развиваться у этой больной?
9. Какова наиболее вероятная причина появления очаговой неврологической симптоматики у больных с этой патологией?

Задача №30

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная желтушность кожных покровов, в роддоме была диагностирована конъюгационная желтуха. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, ребенок вновь пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия (гемоглобин 72 г/л). Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +6 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Гемограмма: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП 1,0, ретикулоциты 16%, лейкоциты $13,2 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 45%, эозинофилы 3%, лимфоциты 37%, моноциты 13%, СОЭ 24 мм/час. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, билирубин: непрямой 86,4 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/лнет, свободный гемоглобин - отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min 0,58% NaCl, max 0,32% NaCl.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.

5. Объясните патогенез выявленных синдромов и тип гемолиза у больного.
6. Перечислите осложнения при этом заболевании.
7. По какому типу наследования передается это заболевание?
8. Обоснуйте лечение

Задача №31

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФГДС госпитализирована.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии. При поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Гемограмма: гемоглобин 128 г/л, ЦП 0,91, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 51%, эозинофилы 3%, лимфоциты 36%, моноциты 7%, СОЭ 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный, pH 6,0, плотность 1017; белок отр.; сахар отр.; эпителиальные клетки 1-2-3 в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, АлАТ 19 Ед/л, АсАТ 24 Ед/л, ЩФ 138 Ед/л (норма 70 -140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба 4 ед, билирубин 15 мкмоль/л, из них связанный 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима однородная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его однородное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: натощак - pH в теле 2,4; в антруме 4,2;

через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - pH в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на Helicobacter pylori: положительный (++)

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Перечислите основные методы и способы диагностики НР - инфекции.
5. Современные принципы лечения данного заболевания.
6. Предложите схему лечения данному ребенку.
7. Что такое эрадикация НР-инфекции?

Задача №32

Мальчик 5 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный учащенный до 5-6 раз в день стул со слизью, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта.

Ребенок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. У бабушки (по матери) гастрит, колит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост 95 см, масса 15,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце - ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5; +2; в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера - положительные.

Гемограмма: гемоглобин 96 г/л, ЦП 0,8, эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 18%, лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 7%, с/ядерные 43%, эозинофилы 5%, лимфоциты 36%, моноциты 9%, СОЭ 18 мм/час, тромбоциты $330 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH 5,5, плотность 1018; белок - нет, сахар - нет, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумины 53%, глобулины: альфа1 6%, альфа2 14%, бета 13%, гамма 14%, АлАТ 40 Ед/л, АсАТ 36 Ед/л, ЩФ 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба 3 ед, общий билирубин 13 мкмоль/л, из них связанный 0 мкмоль/л, железо 7 мкмоль/л, ОЖСС 79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ ++.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными включениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсена. ЛЕЙКОЦИТЫ 12-15-30 в п/з, Эритроциты 30-40-50 в п/з, слизь - много.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и часть подвздошной кишки (30 см). Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная

кровоточивость. Слизистая сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Проведена биопсия.

Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Укажите эндоскопические различия между неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона.
5. Укажите характерные гистологические признаки заболевания.
6. Укажите критерии тяжести заболевания.
7. Какие лабораторные показатели характеризуют активность заболевания?
8. Обоснуйте основные принципы лечения.
9. Назначьте диету ребенку.
10. Какие препараты являются выбором в лечении заболевания?
11. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
12. Методика изучения первичной и общей заболеваемости детей.

Задача №33

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализирующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.

Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 62%, лимфоциты 29%, моноциты 7%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; рН кислая, плотность 1020, белок – нет, сахар – нет, эп. пл. - небольшое количество, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 79 г/л, альбумины 54%, глобулины: альфа1 6%, альфа2 10%, бета 14%, гамма-15%, ЩФ 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ 26 Ед/л, АсАТ 28 Ед/л, амилаза 130 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба 4 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л, из них связанный 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка 8 мм (норма 18), тело 16 мм (норма 14), хвост 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (+++).

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов
5. Составьте план лечения
6. Что такое эрадикация НР - инфекции?
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №34

Ребенок, 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса тела 10 кг, рост 75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не "любят" молоко.

Осмотр: ребенок правильно телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. кожные покровы чистые, слизистые обычной окраски. Зубы 6/6, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

Гемограмма: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,1 \times 10^9/л$, п/ядерные 2%, с/ядерные 33%, эозинофилы 3%, лимфоциты 52%, моноциты 10%, СОЭ 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; удельный вес 1015, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, альбумины 61%, холестерин 5,8 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, кальций ионизированный 1,0 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л.

Кал на углеводы: реакция положительная.

Гликемические кривые после нагрузки:

- с Д-ксилозой: через 30 минут - 1,5 ммоль/л, через 60 минут - 2,5 ммоль/л, через 90 минут - 2,2 ммоль/л.

- с глюкозой: натощак - 4,5 ммоль/л, через 30 минут - 4,8 ммоль/л, через 60 минут - 6,8 ммоль/л, через 90 минут - 5,6 ммоль/л, через 120 минут - 4,6 ммоль/л.

- с лактозой: натощак - 4,3 ммоль/л, через 30 минут - 4,6 ммоль/л, через 60 минут - 4,8 ммоль/л, через 90 минут - 4,7 ммоль/л, через 120 минут - 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

Копрограмма: цвет - желтый, консистенция - кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительное количество, крахмал - немного, йодофильная флора - много.

Исследование кала на дисбактериоз: снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не изменена; поджелудочная железа - несколько увеличен хвост; паренхима обычной экзогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

Задание:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования проводятся в настоящее время для подтверждения диагноза?
6. Какая диета необходима при проведении качественного анализа кала на углеводы?
7. Назначьте диету.
8. При каких условиях можно кормить этого ребенка молоком?
9. Какие Вы знаете смеси, не содержащие лактозу?
10. Какие специалисты должны осмотреть ребенка?
11. Прогноз болезни?

Задача №35

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, 2 срочных родов. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. Мама ребенка на 2-м месяце беременности перенесла грипп. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка. Анализ крови по программе неонатального скрининга взят на 4-й день жизни. Из родильного дома выписана на 12-е сутки. В период новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. В 20-дневном возрасте ребенок вызван в медико-генетический кабинет в связи с изменениями в анализе крови (тиреотропный гормон 172 мМЕ/л при норме < 20 мМЕ/л).

При осмотре в возрасте 20 дней состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота, пупочная грыжа. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в 3-4 дня.

Гемограмма: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9, лейкоциты $7,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 3%, с/ядерные 30%, эозинофилы 1%, лимфоциты 57%, моноциты 8%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая, удельный вес 1015, реакция – кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза 3,2 ммоль/л, натрий 138,0 ммоль/л, калий 4,9 ммоль/л, общий белок 60,2 г/л, холестерин 7,4 ммоль/л, билирубин общий 12,5 мкмоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
5. Какое обследование необходимо провести ребенку для верификации диагноза ?
6. Каков прогноз физического и нервно-психического развития ребенка ?
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №36

Юра Ф., 14 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, мучных изделий.

Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно равномерно. На плечах и бедрах стрии красного цвета. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 75 уд/мин, дыхание 19 в 1 минуту. АД 145/90 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +2 см. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют.

Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,5 \times 10^9/л$, п/ядерные 1%, с/ядерные 52%, эозинофилы 5%, лимфоциты 37%, моноциты 5%, СОЭ 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая, удельный вес 1015, реакция – кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: натрий 137,0 ммоль/л, калий 5,1 ммоль/л, общий белок 65,0 г/л, холестерин 7,6 ммоль/л.

Тест толерантности к глюкозе: глюкоза натощак 3,9 ммоль/л, через 2 часа – 4,8 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени - увеличены, паренхима неоднородная.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Обоснуйте принципы терапии
5. Прогноз течения данного заболевания?
6. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №37

Девочка К., 20 дней, от 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. В роддоме было выявлено неправильное строение наружных гениталий. Анализ крови по программе неонатального скрининга взят на 5-й день жизни. С 15-го дня жизни состояние ребенка ухудшилось, появились срыгивания, в последующем многократная рвота “фонтаном”. Девочка стала отказываться от еды.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы сухие, бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Большой родничок 2x2 см, западает. Сосет вяло, рвота “фонтаном”. Дыхание поверхностное, ослабленное. ЧД 56 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС 160 в минуту. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски. Пенисообразный клитор, складчатые большие половые губы, уrogenитальный синус, гиперпигментация наружных гениталий

Гемограмма: гемоглобин 125 г/л, эритроциты $5,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,5 \times 10^9$ /л, п/ядерные 2%, с/ядерные 44%, эозинофилы 2%, лимфоциты 44%, моноциты 8%, СОЭ 5 мм/час. *Биохимический анализ крови:* общий белок 55 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза 3,1 ммоль/л, натрий 118,0 ммоль/л, калий 6,5 ммоль/л. *УЗИ брюшной полости:* печень +2 см, однородной структуры. Селезенка, почки, поджелудочная железа – без особенностей. Надпочечники увеличены. *Кариотип:* 46 XX. Половой хроматин: 30%.

Анализ крови по программе неонатального скрининга: 17-оксипрогестерон 172,2 нмоль/л (норма < 60 нмоль/л).

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Укажите тип наследования данного заболевания.
5. Какова причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у данного ребенка ?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка ?
7. Окажите неотложную помощь.
8. Составьте план лечения.
9. Составьте план диспансерного наблюдения для данного ребенка?
10. Укажите принципы медико-генетического консультирования и пренатальной диагностики в семье.

Задача №38

Больной М., 13 лет, доставлен в больницу в коматозном состоянии. Из анамнеза известно, что ребенок болеет сахарным диабетом в течение 4 лет. Получает инсулин: актрапид 16 ЕД, протафан 14 ЕД в сутки.

Утром после очередной инъекции инсулина из-за болей в животе, тошноты ребенок отказался от еды. Через час состояние больного резко ухудшилось, появились слабость, сонливость, чувство страха, потливость, тремор рук, затем ребенок потерял сознание, появились судороги мышц конечностей. Машиной скорой помощи доставлен в приемное отделение.

Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы влажные. Тризм жевательной мускулатуры. Тонико-клонические судороги мышц конечностей. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе не определяется. Тоны сердца приглушены, ЧСС 80 в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Сухожильные рефлексы оживлены. Менингеальные знаки отрицательные.

Гликемия: 1,5 ммоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие виды коматозных состояний встречаются при сахарном диабете?
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Укажите причину развития комы у данного больного.
6. Окажите неотложную помощь.
7. Какие осложнения возможны при развитии данного вида комы ?
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №39

Больная Д., 15 лет. Жалобы на сердцебиение, вспыльчивость, раздражительность, плохой сон, похудание, потливость, изменившийся почерк.

Анамнез заболевания: перечисленные жалобы появились 3 месяца назад, однако к врачу не обращались.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 162 см, масса 54 кг. Диффузный гипергидроз, кожные покровы теплые на ощупь. Отмечается умеренный экзофтальм, блеск глаз, гиперпигментация век. Тремор пальцев рук. Щитовидная железа заметна при осмотре, плотноватой консистенции. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Пульс удовлетворительных свойств. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 140 в минуту, АД 130/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Гормональный статус: Т₃ 4,7 нмоль/л (норма 1,2-1,9), свободный Т₄ 64,5 нмоль/л (норма 10-25), ТТГ 0,1 мкЕД/л (норма 0,5-3,5), антитела к тиреоглобулину 250 МЕ/л (норма <100 МЕ/л), антитела к микросомальной фракции тиреоцитов 372 МЕ/мл (норма < 30 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы: объем щитовидной железы 28 мл (в норме <14 мл), структура неоднородная, кровоток усилен.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите показания к оперативному лечению.
6. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде ?
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №40

Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов, родился с массой 3500 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного ОРЗ в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. В течение последних дней состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

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

Гемограмма: гемоглобин 135 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12,5 \times 10^9/л$, п/ядерные 4%, с/ядерные 50%, эозинофилы 1%, лимфоциты 35%, моноциты 10%, СОЭ 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая, белок - нет, сахар +++++, ацетон +++++.

Биохимический анализ крови: глюкоза 22,0 ммоль/л, натрий 132,0 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л, общий белок 72 г/л, холестерин 5,0 ммоль/л.

КОС: рН 7,1, ВЕ -18,0 мэкв/л, рО₂ 92 мм рт.ст., рСО₂ 33,9 мм рт.ст.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Составьте план неотложной терапии и мониторинга для данного ребенка.
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном состоянии и в процессе неотложной терапии ?
6. Укажите принципы лечения ребенка после выведения из комы.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №41

Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи, проводилась инфузионная и фототерапия.

При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.

Гемограмма на 1-е сутки: гемоглобин 152 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 36%, ЦП 0,99, лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 11%, с/ядерные 59%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 8%, СОЭ 2 мм/час.

Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок 54,8 г/л, билирубин: непрямой 328 мкмоль/л, прямой 34 мкмоль/л, мочевина 4,2 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 1,2 ммоль/л, АСТ 65 ед., АЛТ 71 ед., ЩФ 350 ед.

Задание:

1. Оцените результаты клиники дополнительных методов исследования.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте лечение.

Задача №42

Ребенок И., 4 дня, поступил в отделение патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. Состояние при рождении средней тяжести. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось и ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 152 в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавшими комочками. Неврологический статус - крик монотонный, гиперестезия. Большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. Судорог при осмотре не было.

Гемограмма на 4-е сутки: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,98, лейкоциты $12,5 \times 10^9/л$, с/ядерные 53%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, лимфоциты 45%, моноциты 3%.

Биохимический анализ крови: общий белок 62,0 г/л, билирубин: непрямо́й 151 мкмоль/л, прямо́й - 8,0 мкмоль/л, мочеви́на 3,3 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л, натрий 136 ммоль/л, кальций 1,1 ммоль/л, фосфор 2,32 ммоль/л.

Нейросонограмма в возрасте 4 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма - 5 мм). Передние рога расширены до 6 мм. Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Умеренное повышение эхогенности перивентрикулярных областей.

Задание:

1. Оцените результаты клиники дополнительных методов исследования.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Каковы особенности гематоэнцефалического барьера у новорожденного?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Назначьте лечение.
7. Составьте индивидуальный план наблюдения за ребенком на участке.

Задача №43

Мальчик Ю., 1 месяца, находится в стационаре.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период - 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см, окружность головы - 35 см, грудной клетки - 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни.

Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы - 40 см, грудной клетки - 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный - на 0,2 см, большой родничок 4x4 см, выполнен, малый родничок - 0,5x0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка - на 1 см.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок - 1,6 г/л, цитоз - 32 в 3 мкл: нейтрофилы - 5%, лимфоциты - 95%. *РСК с токсоплазменным антигеном:* у ребенка - 1:64, у матери - 1:192.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие изменения можно выявить при нейросонографии и чем они обусловлены?
4. Принципы лечения данного заболевания.
5. Составьте план индивидуального наблюдения на участке.

Задача №44

Мальчик от III беременности, II срочных родов родился с массой тела 3200 г, ростом 52 см. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем при сроке 26 недель. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии, роды без особенностей. Кровь матери A(II), Rh-, ребенка-A(II), Rh+. В первые часы жизни появилась желтушность кожных покровов, которая резко нарастала. При осмотре в возрасте 3-х дней жизни состояние ребенка тяжелое, вялый, мышечный тонус снижен, выражена желтушность. Сосательный рефлекс снижен, срыгивает. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум в V точке. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - на 1 см. Стул переходный. Мочевыделение не нарушено, моча светлая.

При обследовании получены следующие данные: общий билирубин на 3-и сутки жизни 350 мкмоль/л (прямо́й 13 мкмоль/л, непрямо́й 337 мкмоль/л).

Гемограмма: эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 112 г/л, цветной показатель 0,9, тромбоциты $204 \times 10^9/л$, лейкоциты $19,2 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, юные 1%, палочкоядерные 13%, сегментоядерные 63%, лимфоциты 15%, моноциты 8%, ретикулоциты 56%.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Укажите возможное осложнение.
4. Назначьте лечение данному ребенку.
5. Показания к заменному переливанию крови при гемолитической болезни новорожденных.

Задача №45

Девочка П. родилась при сроке беременности 30 недель с массой тела 1300 г., ростом 36 см. В анамнезе у матери 2 медицинских аборта, течение настоящей беременности без особенностей. Роды в головном предлежании, осложнены частичной преждевременной отслойкой низко расположенной плаценты. Антенатальная профилактика РДС не проведена. Оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. В первые часы жизни состояние ребенка расценивалось как тяжелое. Незначительный цианоз кожных покровов, ЧД 60 в 1 минуту. Отмечалось вздутие передневерхних отделов грудной клетки, умеренное втяжение мечевидного отростка и межреберий во время вдоха. Ребенок переведен в отделение реанимации, начато спонтанное дыхание под постоянным положительным давлением через назальные канюли. Через 7 часов после рождения состояние ребенка ухудшилось и было расценено как очень тяжелое. Ребенок постанывает. Физиологические рефлексы угнетены. Мышечный тонус снижен. Усилились цианоз кожных покровов, одышка, выраженное втяжение межреберий, грудины во время вдоха. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослаблено, множество крепитирующих хрипов, ЧД 80 в мин. Сердечные тоны приглушены, нежный систолический шум на верхушке, ЧСС 150 в мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 2.5 см.

Показатели КЩС: рН 7,13, ВЕ -15,45 мэкв/л, рСО₂ 62 мм.рт.ст, рО₂ 41 мм.рт.ст.

Рентгенограмма органов грудной клетки: общее снижение воздушности обоих легких, нодозно-ретикулярный рисунок. В возрасте 7 часов ребенок переведен на ИВЛ.

Задание:

1. Оцените тактику врача-неонатолога в родильном зале.
2. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Каковы принципы лечения?
5. Антенатальная профилактика этого заболевания.

Задача №46

Новорожденный мальчик с массой тела 950 г. ростом 34 см родился от II беременности, II родов. В анамнезе матери хронический пиелонефрит, анемия легкой степени. Беременность протекала с угрозой прерывания в 22 недели, нефропатией II ст. Раннее отхождение околоплодных вод на сроке 27 недель. Проведена антенатальная профилактика РДС. Ребенок извлечен кесаревым сечением с оценкой по шкале Апгар на 1-ой минуте 3 балла, на 5-ой минуте - 5 баллов. Состояние ребенка оценено как тяжелое, реакция на осмотр снижена, мышечная гипотония. Акроцианоз, цианоз носогубного треугольника. При дыхании раздувание крыльев носа, втяжение межреберий на вдохе. Частота дыхания 64 в минуту. При аускультации грудной клетки слышны экспираторные шумы. Ритм сердца правильный, частота сердечных сокращений 160 в минуту. В родильном зале ребенок заинтубирован, введен препарат "Куросурф". *Рентгенограмма органов грудной клетки в 1-е сутки:* умеренное снижение воздушности легочной ткани, сетчатозернистый рисунок, воздушная бронхограмма.

Гемограмма в 1-е сутки: гемоглобин 200 г/л, эритроциты $5,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 16%, моноциты 8%, эозинофилы 2%.

Задание:

1. Оцените результаты клиники дополнительных методов исследования.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Принципы лечения и выхаживания данного ребёнка
4. Возможные осложнения у данного ребёнка

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

№ задачи	Эталон ответа
1	Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт избытка массы тела (паратрофия). Психомоторное развитие соответствует возрасту ребёнка.
2	Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт дефицита массы тела (гипотрофия 1 ст.). Отстаёт в психомоторном развитии, психомоторное развитие соответствует 4 месяцам. Меню составить на возраст 6 мес. и соответствующую массу.
3	Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт дефицита массы тела (гипотрофия 1 ст.). Лечение гипогалактии. Назначить смешанное вскармливание при неэффективности лечения гипогалактии. 80 мл гр молока и 40 мл адаптированной смеси. Объём кормления на сутки $115 \text{ ккал} \times \text{долж массу} (4,65 \text{ кг}) = 511,75 \text{ ккал/сут} : 700 \text{ ккал} (в 1 л молока или смеси) = 730 \text{ мл} : 6 (\text{число кормлений}) = 120 \text{ мл}$ на одно кормление.
4	Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт избытка массы тела (ожирение ст.). Индекс Кетле = 21,8 (избыток массы тела). Обследование у эндокринолога, диета.

5	Физическое развитие среднее (мезосоматический соматотип), дисгармоничное за счёт увеличения окружности головы (макроцефалия). Наиболее частая причина – гидроцефалия. Обследование у невролога, КТ головного мозга.
6	ОРВИ, гипертермический синдром
7	Железодефицитная анемия, тяжелая степень
8	Целиакия, типичная форма, тяжелое течение, стадия обострения
9	Острый обструктивный бронхит, ДН II ст.
10	Муковисцидоз, смешанная форма (двусторонний хронический деформирующий бронхит, пневмосклероз, ателектазы 2,4 справа, тяжелое течение, период обострения, синдром мальабсорбции и холестаза)
11	Атопический дерматит, генерализованная форма, средней тяжести, острый период. Пищевая аллергия.
12	Правосторонняя сегментарная бронхопневмония, внебольничная, острое течение, ДН I степени. Осл.: сердечно-сосудистая недостаточность.
13	ВПС синего типа (тетрада Фалло)
14	Вегето-сосудистая дистония по ваготоническому типу, суправентрикулярная экстрасистолия
15	Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН ПБ степени, ПЖН ПБ степени
16	Врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки), НК ПБ стадии. Соп. диагноз: острая двусторонняя пневмония, ДН II степени
17	Острая ревматическая лихорадка II, активная фаза, активность II-III степени, возвратный ревмокардит, недостаточность митрального клапана, поражение аортального клапана, острое течение, сердечная недостаточность I-IIА степени
18	Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, активность III, медленно прогрессирующее течение, серо-позитивный вариант (?), рентгенологическая стадия процесса II-III степени, функциональная недостаточность II степени
19	Системная красная волчанка, активность III степени. Люпус-нефрит
20	Острый бронхиолит, ДН II степени
21	Поллиноз, риноконъюнктивальная форма
22	Бронхиальная астма, легкое течение, приступный период. Нейродермит, обострение. Поливалентная аллергия
23	Гемолитико-уремический синдром (ОПН, анемия средней тяжести, тромбоцитопения) на фоне кишечной инфекции
24	Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, волнообразное течение, активная стадия, НФП ₁ , вторичная оксалурия
25	Синдром Альпорта, снижение концентрационной функции почек
26	Врожденный порок развития почек (поликистоз почек), ХПН, стадия субкомпенсации. Анемия легкой степени
27	Острая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, влажная форма. Осл.: острая постгеморрагическая анемия легкой степени
28	Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, нейрорлейкоз
29	Приобретенная апластическая анемия
30	Наследственный микросфероцитоз, период гемолитического криза
31	Язвенная болезнь 12-перстной кишки, активность I степени, впервые выявленная, НР-ассоциированная. Соп.: реактивный панкреатит, гипертрофический гастрит
32	Неспецифический язвенный колит, тотальный, активная фаза, среднетяжелая форма. Осл.: постгеморрагическая анемия легкой степени
33	Хронический (гипертрофический) гастродуоденит, НР-ассоциированный, стадия обострения. Соп.: диспанкреатизм
34	Первичная лактазная недостаточность, реактивный панкреатит, дисбактериоз кишечника
35	Врожденный гипотиреоз
36	Ожирение III степени, экзогенно-конституциональная форма, неосложненная
37	Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма
38	Сахарный диабет, I тип, стадия декомпенсации, осл.: гипогликемическая кома.
39	Диффузный токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней тяжести
40	Сахарный диабет I типа, кетоацидотическая кома
41	ГБН, обусловленная групповой несовместимостью, желтушная форма. Осл.: холестаза
42	Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, субарахноидальное кровоизлияние.
43	Врожденный токсоплазмоз
44	Гемолитическая болезнь новорожденного по Rh-фактору, желтушная форма.
45	Респираторный дистресс синдром I типа - рассеянные ателектазы легких. Соп.: Гипоксическое поражение ЦНС II, острый период, синдром угнетения. Гипоксическая кардиопатия.
46	РДСН, ДН III ст.. Недоношенность ГВ 27 недель, ЭНМТ.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4, ОПК-4.5, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3,	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4, ОПК-4.5, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-1.1, ПК-1.2.	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка	Отлично

	ПК-2.1, ПК-2.2.	«отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются по четырехбалльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	<ul style="list-style-type: none"> - Методы анализа и синтеза статистической информации - Методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков. . Системы управления и организацию труда в здравоохранении. - Лидерство и персональный менеджмент. - Формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения. - Медицинскую этику и деонтологию. -основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детей, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. - Обучение и переподготовка персонала. Роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала; 	Отлично	<p>заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной</p>

<p>-Пациент-ориентированный подход в современной медицине;</p> <p>- Роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения;</p> <p>- Вопросы аттестации и сертификации персонала;</p> <p>- Дистанционное образование;</p> <p>- основные и дополнительные методы обследования необходимые для оценки состояния здоровья и результатов лечения на этапах наблюдения</p> <p>- алгоритм обследования детей с соматическими заболеваниями</p> <p>- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации,</p> <p>- требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры</p> <p>- правила составления диспансерных групп;</p> <p>- основные принципы диспансеризации детей с соматическими заболеваниями</p> <p>- принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>-принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>- вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения;</p> <p>-вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях;</p> <p>- методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;</p> <p>-статистику состояния здоровья населения;</p> <p>-критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</p> <p>- алгоритм обследования пациента на амбулаторном приеме, основные и дополнительные методы обследования, классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, профилактики и комплексного лечения неотложных состояний, методы реабилитации детей с соматическими заболеваниями</p> <p>- причины ошибок и осложнений при лечении детей с соматическими заболеваниями, методы их выявления, устранения и предупреждения;</p> <p>- алгоритм оказания неотложной помощи при общесоматических осложнениях и угрожающих жизни состояниях на амбулаторном приеме;</p> <p>- алгоритм обследования пациента на амбулаторном приеме, основные и дополнительные методы обследования, профилактики и комплексного лечения, методы реабилитации детей с соматическими заболеваниями</p> <p>- причины ошибок и осложнений при лечении различных нозологических форм у детей с соматическими заболеваниями</p> <p>-показания, противопоказания, режим приема, побочное действие, правила выписки рецептов лекарственных средств, используемых при лечении детей с соматическими заболеваниями;</p> <p>-принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней;</p>		дисциплины, безупречно ответившему не только на вопросы билета, но и на дополнительные вопросы в рамках основной программы дисциплины экзамена, правильно выполнившему практическое задание;
	Хорошо	заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание материала изученной дисциплины, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы билета, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом не принципиальные ошибки.
	Удовлетворительно	заслуживает ординатор, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординаторам, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.
неудовлетворительно	выставляется ординатору, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий	

	<ul style="list-style-type: none"> -принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; - вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; -вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях; - фармакологические эффекты лекарственных препаратов, назначаемых до, во время и после лечения детей с соматической патологией; - лекарственные средства (медикаментозные и немедикаментозные), используемые для лечения детей с соматической патологией - показания к назначению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения детям с соматической патологией; - законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; -методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; -вопросы организации медицинской помощи населению; -статистику состояния здоровья населения; -критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; -организацию экспертизы качества медицинской помощи; -вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; 		
Умеет	<ul style="list-style-type: none"> - Анализировать информацию о здоровье взрослого населения, детей и подростков; -Организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений, включая организацию работы с кадрами; Организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); -Разработка программ непрерывного профессионального образования и повышения квалификации медицинского персонала учреждения; -Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания; - Организация и проведение учебного процесса в медицинских организациях и образовательных учреждениях по постановке и решению профессиональных задач; - предпринимать меры профилактики, направленные на предупреждения возникновения или распространения заболеваний у детей - устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания у детей с соматической патологией - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования - использовать медицинскую аппаратуру, компьютерную технику в своей профессиональной деятельности - использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие 	<p style="text-align: center;">Отлично</p> <p style="text-align: center;">Хорошо</p>	<p>заслуживает ординатор, демонстрирующий практические навыки в соответствии с материалами изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безупречно ответившему не только на вопросы билета, но и на дополнительные вопросы в рамках основной программы дисциплины экзамена, правильно выполнившему практическое задание;</p> <p>заслуживает ординатор, демонстрирующий практические навыки в соответствии с материалами изученной дисциплины, выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило,</p>

	<p>соматических заболеваний у детей,</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить основные и дополнительные методы исследования при соматических заболеваниях у детей для уточнения диагноза анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детей, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи - провести общеклиническое исследование по показаниям - выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, -заполнять медицинскую документацию; -проводить клиническое обследование пациента-формировать диспансерные группы, - обосновать необходимость проведения методов профилактики - выявлять состояния, угрожающие жизни больному ребенку, связанные с соматическими заболеваниями; - Организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; -планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями; -организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии; -проводить статистический анализ; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; - применять методики изучения состояния здоровья населения; использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции; - собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные аллергологического, лекарственного анамнеза; -провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию); - провести физикальное обследование детей различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; - определить объем необходимых для установления диагноза лабораторных и инструментальных исследований, информативных для установления диагноза; - интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; собрать полный анамнез пациента, включая данные аллергического и лекарственного анамнеза; провести опрос больного, его родственников; - провести физикальное обследование детей различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; 	<p>оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы билета, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом непринципиальные ошибки.</p>	<p>заслуживает ординатор, демонстрирующий практические навыки в соответствии с материалами изученной дисциплины, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординаторам, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p>
		<p>Удовлетворительно</p>	
		<p>неудовлетворительно</p>	<p>выставляется ординатору, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - определить объем необходимых для установления диагноза лабораторных и инструментальных исследований, информативных для установления диагноза; -интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; - выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, доказательной медицины, предупреждения их нежелательных побочных действий; рекомендовать немедикаментозную терапию, провести реабилитационные мероприятия при аллергических и/или иммунологических заболеваниях; организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; -планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями; -организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии; -проводить статистический анализ; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой детям с соматической патологией - проводить отбор пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации; -применять методики изучения состояния здоровья населения; -анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; 		
<p>Владеет</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; - Нормативной и распорядительной документацией; -Современными образовательными технологиями; - Методами организации гигиенического образования и воспитания населения. Системами управления и организации труда в медицинской организации -навыками осуществления санитарно-просветительской работы с родителями (законными представителями) и детьми, направленной на пропаганду здорового образа жизни, предупреждение возникновения иммунологических и аллергических заболеваний -методами специфической и неспецифической профилактики соматических заболеваний у детей -алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования (иммуноферментный анализ, ПЦР-исследование, определение субпопуляций лимфоцитов, иммуноглобулинов) -навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением и родителями, направленной на пропаганду здорового образа жизни, предупреждения соматических заболеваний - навыками заполнения учетно-отчетной документации педиатром, - навыками оформления информированного согласия, 	<p>Отлично</p>	<p>заслуживает ординатор, полностью владеющий методиками и навыками в соответствии с материалами изученной дисциплины, умеющий свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безупречно ответившему не только на вопросы билета, но и на дополнительные вопросы в рамках основной программы дисциплины экзамена, правильно выполнившему практическое задание;</p>
		<p>Хорошо</p>	<p>заслуживает ординатор, владеющий методиками и навыками в соответствии с материалами изученной дисциплины, выполняющий предусмотренные в</p>

	<p>- методами контроля за эффективностью диспансеризации</p> <p>- навыками работы с нормативно-правовыми документами;</p> <p>-навыками планирования и организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции;</p> <p>-навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней;</p> <p>- навыками составления плана и программы медико–статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ;</p> <p>-методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья;</p> <p>-методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды;</p> <p>- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических мероприятий;</p> <p>алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий у детей с соматическими заболеваниями</p> <p>- аллергических и/или иммунологических заболеваниях;</p> <p>- методами профилактики и лечения ошибок и осложнений, возникающих при проведении мероприятий по оказанию неотложной помощи;</p> <p>- навыками работы с нормативно-правовыми документами;</p> <p>-навыками планирования и организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции;</p> <p>-навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней;</p>		<p>программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы билета, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом непринципиальные ошибки.</p>
	<p>- алгоритмом использования лекарственных средств на разных этапах лечения</p> <p>- навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении пациента на санаторно-курортное лечение;</p> <p>-навыками работы с нормативно-правовыми документами;</p> <p>-навыками составления плана и программы медико–статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ;</p> <p>-методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья;</p> <p>-методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды;</p> <p>-методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений;</p>	<p>Удовлетворительно</p> <p>неудовлетворительно</p>	<p>заслуживает ординатор, владеющий методиками и навыками в соответствии с материалами изученной дисциплины в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординаторам, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>выставляется ординатору, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий</p>

	-методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ; -навыками проведения экспертизы трудоспособности; -навыками составления плана и программы медико–статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; -методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; -методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; -методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ; -навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней.		
--	---	--	--

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4, ОПК-4.5, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4, ОПК-4.5, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4, ОПК-4.5, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	14-15
		хорошо	12-13
		удовлетворительно	9-11
		неудовлетворительно	6-8

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4, ОПК-4.5, ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

Форма оценочного материала для диагностического тестирования.

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

Название дисциплины – Педиатрия

Семестр 1

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Уровень сложности	Кол-во баллов за правильный ответ
	Больные с хронической патологией относятся к группам здоровья	a) 2,3,4 b) 3, 4, 5 c) 1, 3, 4 d) 2, 3, 5	низкий	2
	<i>Helicobacter pylori</i> преимущественно паразитирует.	a) антральном отделе желудка b) теле желудка c) в области дна желудка d) луковице двенадцатиперстной кишки	низкий	2
	При ... показана цистоскопии у детей в экстренном порядке.	a) макрогематурии b) острой задержке мочи c) анурии d) почечной колике	низкий	2
	Расширение бронхов при вдохе обусловлено влиянием нервов	a) возвратных b) симпатических c) парасимпатических d) межреберных	низкий	2
	Повышение влажности кожи характерно для проявления	a) гипотрофии b) начального периода рахита c) полиомиелита d) пиелонефрита	низкий	2
	Гемолитико-уремический синдром характеризуется	a) полиурией b) внутрисосудистым свертыванием крови c) лейкоцитозом d) гипернатриемией	средний	5
	Для какого врожденного порока сердца характерен непрерывный систоло-диастолический шум во II-м межреберье слева от грудины?	a) Аортальный стеноз.. b) Открытый атриовентрикулярный канал. c) Открытый артериальный проток. d) Дефект межжелудочковой перегородки. e) Тетрада Фалло.	средний	5
	К осложнениям острого панкреатита относятся: 1) механическая желтуха; 2) острая почечная недостаточность; 3) парез кишечника; 4) левосторонний плеврит.	a) 1,2,3; b) 1,3; c) 2,4; d) 4; e) всё верно.	средний	5
	Какие симптомы характерны для:	a) 1-А,Г 2-Б,Г 3-А,Д,Е, 4-А,Е,В 5-А,Б,Г	средний	5

	<p>1) острого простого бронхита; 2) обструктивного бронхита; 3) очаговой пневмонии; 4) бронхиолита; 5) острого приступа бронхиальной астмы?</p> <p>А. Кашель. Б. Одышка. В. Рассеянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Г. Рассеянные сухие свистящие хрипы. Д. Рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Е. Локальные мелкопузырчатые влажные хрипы.</p>	<p>b) 1-А,Е 2-А,Б,Г 3-Е,Д, 4-А,Д,Е 5-А,В,Г c) 1-А,Г 2-А,Г,Е 3-А,Е 4-А,Б,В 5-В,Д,Е d) 1-А,Д 2-А,Б,Г 3-А,Б, 4-А,Б,В 5-А,Б,Г</p>		
	<p>Какое заболевание являются противопоказанием для вакцинации живыми вакцинами?</p>	<p>a) Муковисцидоз. b) Эпилепсия. c) Атопический дерматит. d) Рахит. e) Иммунодефицитное состояние.</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Дефицит массы тела при II степени постнатальной гипотрофии составляет:</p>	<p>a) 5-8% b) 5-15% c) 10-20% d) 20-30% e) более 30%</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Решающее значение для диагностики хронической пневмонии имеют:</p>	<p>a) Рентгенография грудной клетки. b) Физикальные данные: стойкие локальные изменения и наличие влажных хрипов. c) Исследование функции внешнего дыхания. d) Бронхография. e) Исследование мокроты.</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>К кожным проявлениям атопического дерматита у детей раннего возраста относят:</p>	<p>a) Молочный струп и стропулюс b) Увеличение лимфоидной ткани c) Увеличение вилочковой железы d) Неврастенический синдром</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации - удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз:</p>	<p>a) бронхиолит b) обструктивный бронхит c) рецидивирующий бронхит d) пневмония e) плеврит</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>

Для геморрагического васкулита смешанной формы характерно все перечисленное, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> a) кожный синдром b) суставной синдром c) абдоминальный синдром d) ДВС-синдром e) носовые кровотечения 	средний	5
Перечислите возможные «пограничные» состояния, встречающиеся в периоде адаптации у новорожденного:	<ul style="list-style-type: none"> a) Токсическая эритема. b) Адипонекроз. c) Нагрубание молочных желез. d) Увеличение лимфатических узлов. e) Мелкопластинчатое шелушение кожных покровов. 	высокий	8
При каких заболеваниях может наблюдаться с-м мышечной гипотонии у новорожденных	<ul style="list-style-type: none"> a) Рахит. b) Гипотиреоз. c) Спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана. d) Болезнь Дауна. e) Гипогликемия. 	высокий	8
Какие признаки характерны для пилоростеноза?	<ul style="list-style-type: none"> a) Частые срыгивания. b) Учащенный стул. c) Снижение массы тела. d) Регулярная рвота фонтаном. e) Запоры. 	высокий	8
Какие признаки характерны для инородного тела трахеи?	<ul style="list-style-type: none"> a) Внезапное начало заболевания. b) Боль при глотании c) Острый приступ кашля. d) Слюнотечение. e) Шумное дыхание. 	Высокий	8
Какие клинические признаки можно отнести к симптомам рахита?	<ul style="list-style-type: none"> a) Наличие «четок» на ребрах. b) Наличие Гариссоновой борозды на грудной клетке. c) Мышечная гипотония. d) Искривление трубчатых костей. e) Укорочение конечностей. 	высокий	8

*В таблицу необходимо внести вопросы в соответствии со структурой диагностического теста (25% - вопросы низкого уровня сложности (не менее 5 вопросов); 50% - вопросы среднего уровня сложности (не менее 10 вопросов); 25% - вопросы высокого уровня сложности (не менее 5 вопросов)).

Форма оценочного материала для диагностического тестирования.

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

*Название дисциплины – педиатрия
Семестр 2*

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Уровень сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
	Концентрационная функция почек оценивается пробой по ...:	a) По Зимницкому b) Нечипоренко c) Сулковича d) Общий анализ	низкий	2
	Основной признак при синдроме гипервозбудимости:	a) Мышечная гипотония b) Снижение рефлексов c) Повышение мышечного тонуса и рефлексов d) Анорексия	низкий	2
	Характерный мочевой синдром при гломерулонефрите:	a) Лейкоцитурия b) Бактериурия c) Гематурия d) Кристаллурия	низкий	2
	Число мочеиспусканий за сутки у ребенка первого полугодия составляет:	a) 25-35 b) 20-25 c) 15-20 d) 5-10	низкий	2
	Для начального периода рахита характерен следующий клинический синдром	a) мышечная гипотония b) судорожный синдром c) потливость d) крапивообразная сыпь	низкий	2
	Лабораторная диагностика фенилкетонурии:	a) проба на ацетон; b) проба с треххлористым железом; c) исследование белковых фракций; d) исследование крови на церуллоплазмин; e) содержание креатинфосфокиназы в крови и моче.	средний	5
	Какое исследование наиболее информативно для диагностики синдрома Эллисона-Золлингера:	a) Внутрижелудочная рН-метрия. b) Эзофагогастродуоденоскопия. c) Рентгенологическая дуоденография. d) Определение уровня гастрин в крови. e) Ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.	средний	5
	Какие из указанных признаков характерны для железодефицитной анемии?	a) А,Г,Д b) А,Б,Д c) Б,В,Г d) А,В,Д	средний	5

	<p>А. Снижение гемоглобина. Б. Уменьшение цветового показателя.. В. Ретикулоцитоз. Г. Повышение уровня сывороточного железа. Д. Повышение железосвязывающей способности сыворотки крови.</p>			
	<p>Критерии Киселя - Джонсона используются в диагностике:</p>	<p>a) системной красной волчанки b) дерматополимиозита c) ревматической лихорадки d) ревматоидного артрита e) саркоидоза</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Какая анемия сопровождается высоким ретикулоцитозом:</p>	<p>a) гемолитическая b) хроническая постгеморрагическая c) железодефицитная d) гипопластическая e) витамин В6 -дефицитная</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Основными синдромами ХПН являются, за исключением:</p>	<p>a) азотемический b) анемический c) нарушение КЩС d) интестинальный e) остеодистрофический</p>	<p>средний</p>	<p>8</p>
	<p>У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников следующих симптомов, кроме:</p>	<p>a) тугоухости b) гематурии c) патологии зрения d) Spina bifida e) развития ХПН в ранние сроки</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи цвета "мясных помоев". В общем анализе мочи : количество- 70,0мл, цвет- красный, реакция - щелочная, удельный вес- 1023, эритроциты- измененные, сплошь, лейкоциты- 2-3 в пз, белок 0,99%. Выставлен диагноз: острый гломерулонефрит госпитализирован в нефрологическое отделение. Укажите длительность диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара:</p>	<p>a) 6 мес. b) 1 год c) 3 года d) 5 лет при отсутствии рецидивов e) до 14 лет</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Для экзокринной недостаточности поджелудочной железы характерны:</p> <p>1) стеаторея I типа; 2) креаторея; 3) амилорея; 4) стеаторея II типа .</p>	<p>a) 1,2,3; b) 1,3; c) 2,4; d) 4; e) всё верно.</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>
	<p>Для каких заболеваний характерны следующие симптомы:</p>	<p>a) 1-А,Г 2-Б, 3-Д,Е, 4-А,Е,В 5-А,Г</p>	<p>средний</p>	<p>5</p>

	<p>1) непрямая гипербилирубинемия; 2) прямая гипербилирубинемия; 3) анемия; 4) повышение уровня аминотрансфераз в крови; 5) снижение уровня церулоплазмينا в крови?</p> <p>А. Синдром Жильбера. Б. Синдром Дабина-Джонсона. В. Микросфероцитоз. Г. Синдром Вильсона-Коновалова. Д. Миастения Дюшана. Е. Острый вирусный гепатит.</p>	<p>b) 1-А 2-А,Б,Г 3-Е,Д, 4-А,Д 5-А,В c) 1-А,Г 2-А,Е 3-А,Е 4-А,Б,В 5-В d) 1-А,В 2-Б,Е 3- В 4-Г,Д,Е 5-Г</p>		
	<p>Назовите наиболее тяжелые формы аллергодерматозов:</p>	<p>a) Синдром Стивенса-Джонсона. b) Токсидермия. c) Дерматит Дюринга. d) Г. Синдром Лайела. e) Строфулюс.</p>	<p>высокий</p>	<p>8</p>
	<p>Какие из перечисленных ниже функций выполняют почки?</p>	<p>a) Поддерживают обмен жидкостей в организме. b) Обеспечивают постоянство в них концентрации осмотически активных веществ. c) Экскреция конечных продуктов обмена. d) Синтез антидиуретического гормона. e) Образование активных форм витамина D-3.</p>	<p>высокий</p>	<p>8</p>
	<p>Укажите характерные признаки недостаточности аортального клапана:</p>	<p>a) Протодиастолический шум на основании сердца. b) Повышение систолического и диастолического артериального давления. c) Высокое артериальное давление на руках и низкое на ногах. d) Дующий систолический шум с эпицентром во II-м межреберье справа от грудины. e) Высокое систолическое и низкое диастолическое артериальное давление.</p>	<p>высокий</p>	<p>8</p>
	<p>Укажите дополнительные диагностические критерии ревматизма:</p>	<p>a) Кардит b) Ревматический анамнез. c) Артралгии. d) Хорея. e) Изменения на ЭКГ.</p>	<p>высокий</p>	<p>8</p>
	<p>Какие признаки характерны для острого эпиглоттита?</p>	<p>a) Острое начало. b) Высокая температура тела. c) Сильная боль в гортани. d) Шумное дыхание. e) Втяжение уступчивых мест грудной клетки.</p>	<p>высокий</p>	<p>8</p>

*В таблицу необходимо внести вопросы в соответствии со структурой диагностического теста (25% - вопросы низкого уровня сложности (не менее 5 вопросов); 50% - вопросы среднего уровня сложности (не менее 10 вопросов); 25% - вопросы высокого уровня сложности (не менее 5 вопросов)).

Семестр 1

1. Больные с хронической патологией относятся к группам здоровья:

1. 2,3,4
2. 3, 4, 5
3. 1, 3, 4
4. 2, 3, 5

2. *Helicobacter pylori* преимущественно паразитирует:

1. антральном отделе желудка
2. теле желудка
3. в области дна желудка
4. луковице двенадцатиперстной кишки

3. При ... показана цистоскопии у детей в экстренном порядке.

1. макрогематурии
2. острой задержке мочи
3. анурии
4. почечной колике

4. Расширение бронхов при вдохе обусловлено влиянием нервов:

1. возвратных
2. симпатических
3. парасимпатических
4. межреберных

5. Повышение влажности кожи характерно для проявления:

1. гипотрофии
2. начального периода рахита
3. полиомиелита
4. пиелонефрита

6. Гемолитико-уремический синдром характеризуется:

1. полиурией
2. внутрисосудистым свертыванием крови
3. лейкоцитозом
4. гипернатриемией

7. Для какого врожденного порока сердца характерен непрерывный систоло-диастолический шум во II-м межреберье слева от грудины?

1. Аортальный стеноз.
2. Открытый атриовентрикулярный канал.
3. Открытый артериальный проток.
4. Дефект межжелудочковой перегородки.
5. Тетрада Фалло.

8. К осложнениям острого панкреатита относятся:

- 1) механическая желтуха;
 - 2) острая почечная недостаточность;
 - 3) парез кишечника;
 - 4) левосторонний плеврит.
1. 1,2,3;
 2. 1,3;
 3. 2,4;
 4. 4;
 5. всё верно.

9. Какие симптомы характерны для:

- 1) острого простого бронхита;
- 2) обструктивного бронхита;
- 3) очаговой пневмонии;

- 4) бронхолита;
5) острого приступа бронхиальной астмы?
А. Кашель.
Б. Одышка.
В. Рассеянные мелкопузырчатые влажные хрипы.
Г. Рассеянные сухие свистящие хрипы.
Д. Рассеянные разнокалиберные влажные хрипы.
Е. Локальные мелкопузырчатые влажные хрипы.
- 1-А,Г 2-Б,Г 3-А,Д,Е, 4-А,Е,В 5-А,Б,Г
 - 1-А,Е 2-А,Б,Г 3-Е,Д, 4-А,Д,Е 5-А,В,Г
 - 1-А,Г 2-А,Г,Е 3-А,Е 4-А,Б,В 5-В,Д,Е
 - 1-А,Д 2-А,Б,Г 3-А,Б, 4-А,Б,В 5-А,Б,Г

10. Какое заболевание является противопоказанием для вакцинации живыми вакцинами?

1. Муковисцидоз.
2. Эпилепсия.
3. Атопический дерматит.
4. Рахит.
5. Иммунодефицитное состояние.

11. Дефицит массы тела при II степени постнатальной гипотрофии составляет:

1. 5-8%
2. 5-15%
3. 10-20%
4. 20-30%
5. более 30%

12. Решающее значение для диагностики хронической пневмонии имеют:

1. Рентгенография грудной клетки.
2. Физикальные данные: стойкие локальные изменения и наличие влажных хрипов.
3. Исследование функции внешнего дыхания.
4. Бронхография.
5. Исследование мокроты.

13. К кожным проявлениям атопического дерматита у детей раннего возраста относят:

1. Молочный струп и строфулюс
2. Увеличение лимфоидной ткани
3. Увеличение вилочковой железы
4. Неврастенический синдром

14. У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации - удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз:
бронхиолит

1. обструктивный бронхит
2. рецидивирующий бронхит
3. пневмония
4. плеврит

15. Для геморрагического васкулита смешанной формы характерно все перечисленное, кроме:

1. кожный синдром
2. суставной синдром
3. абдоминальный синдром
4. ДВС-синдром
5. носовые кровотечения

16. Перечислите возможные «пограничные» состояния, встречающиеся в периоде адаптации у новорожденного:

1. Токсическая эритема.
2. Адипонекроз.
3. Нагрубание молочных желез.
4. Увеличение лимфатических узлов.
5. Мелкопластинчатое шелушение кожных покровов

17. При каких заболеваниях может наблюдаться с-м мышечной гипотонии у новорожденных:

1. Рахит.
2. Гипотиреоз.
3. Спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана.
4. Болезнь Дауна.

5. Гипогликемия

18. Какие признаки характерны для пилоростеноза?

1. Частые срыгивания.
2. Учащенный стул.
3. Снижение массы тела.
4. Регулярная рвота фонтаном.
5. Запоры.

19. Какие признаки характерны для инородного тела трахеи?

1. Внезапное начало заболевания.
2. Боль при глотании
3. Острый приступ кашля.
4. Слюнотечение.
5. Шумное дыхание.

20. Какие клинические признаки можно отнести к симптомам рахита?

1. Наличие «четок» на ребрах.
2. Наличие Гариссоновой борозды на грудной клетке.
3. Мышечная гипотония.
4. Искривление трубчатых костей.
5. Укорочение конечностей.

Ответы (тест 1 семестр):

- 1-2
- 2-1
- 3-1
- 4-2
- 5-2
- 6-2
- 7-3
- 8-5
- 9-4
- 10-5
- 11-4
- 12-4
- 13-1
- 14-2
- 15-5
- 16-1235
- 17-1234
- 18-345
- 19-135
- 20-1234

Семестр 2

1. Концентрационная функция почек оценивается пробой по ...:

1. По Зимницкому
2. Нечипоренко
3. Сулковича
4. Общий анализ

2. Основной признак при синдроме гипервозбудимости:

1. Мышечная гипотония
2. Снижение рефлексов
3. Повышение мышечного тонуса и рефлексов
4. Анорексия

3. Характерный мочевого синдром при гломерулонефрите:

1. Лейкоцитурия
2. Бактериурия
3. Гематурия
4. Кристаллурия

4. Число мочеиспусканий за сутки у ребенка первого полугодия составляет:

1. 25-35
2. 20-25

3. 15-20

4. 5-10

5. Для начального периода рахита характерен следующий клинический синдром:

1. мышечная гипотония
2. судорожный синдром
3. потливость
4. кранеотабес

6. Лабораторная диагностика фенилкетонурии:

1. проба на ацетон;
2. проба с треххлористым железом;
3. исследование белковых фракций;
4. исследование крови на церуллоплазмин;
5. содержание креатинфосфокиназы в крови и моче.

7. Какое исследование наиболее информативно для диагностики синдрома Эллисона-Золингера:

1. Внутривенная рН-метрия.
2. Эзофагогастродуоденоскопия.
3. Рентгенологическая дуоденография.
4. Определение уровня гастрина в крови.
5. Ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.

8. Какие из указанных признаков характерны для железодефицитной анемии?

- А. Снижение гемоглобина.
Б. Уменьшение цветового показателя..
В. Ретикулоцитоз.
Г. Повышение уровня сывороточного железа.
Д. Повышение железосвязывающей способности сыворотки крови.
1. А,Г,Д
 2. А,Б,Д
 3. Б,В,Г
 4. А,В,Д

9. Критерии Киселя - Джонсона используются в диагностике:

1. системной красной волчанки
2. дерматополимиозита
3. ревматической лихорадки
4. ревматоидного артрита
5. саркоидоза

10. Какая анемия сопровождается высоким ретикулоцитозом:

1. гемолитическая
2. хроническая постгеморрагическая
3. железодефицитная
4. гипопластическая
5. витамин В6 -дефицитная

11. Основными синдромами ХПН являются, за исключением:

1. азотемический
2. анемический
3. нарушение КЩС
4. интестинальный
5. остеодистрофический

12. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников следующих симптомов, кроме:

1. тугоухости
2. гематурии
3. патологии зрения
4. Spina bifida
5. развития ХПН в ранние сроки

13. Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи цвета "мясных помоев". В общем анализе мочи : количество- 70,0мл, цвет- красный, реакция - щелочная, удельный вес- 1023, эритроциты- измененные, сплошь, лейкоциты- 2-3 в пз, белок 0,99%. Выставлен диагноз: острый гломерулонефрит госпитализирован в нефрологическое отделение. Укажите длительность диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара:

1. 6 мес.
2. 1 год
3. 3 года
4. 5 лет при отсутствии рецидивов
5. до 14 лет

14. Для экзокринной недостаточности поджелудочной железы характерны:

- 1) стеаторея I типа;
 - 2) креаторея;
 - 3) амилорея;
 - 4) стеаторея II типа
1. 1,2,3;
 2. 1,3;
 3. 2,4;
 4. 4;
 5. всё верно.

15. Для каких заболеваний характерны следующие симптомы:

- 1) непрямая гипербилирубинемия;
- 2) прямая гипербилирубинемия;
- 3) анемия;
- 4) повышение уровня аминотрансфераз в крови;
- 5) снижение уровня церулоплазмينا в крови?

А. Синдром Жильбера.

Б. Синдром Дабина-Джонсона.

В. Микросфероцитоз.

Г. Синдром Вильсона-Коновалова.

Д. Миастения Дюшена.

Е. Острый вирусный гепатит.

1. 1-А,Г 2-Б, 3-Д,Е, 4-А,Е,В 5-А,Г
2. 1-А 2-А,Б,Г 3-Е,Д, 4-А,Д 5-А,В
3. 1-А,Г 2-А,Е 3-А,Е 4-А,Б,В 5-В
4. 1-А,В 2-Б,Е 3- В 4-Г,Д,Е 5-Г

16. Назовите наиболее тяжелые формы алергодерматозов:

1. Синдром Стивенса-Джонсона.
2. Токсидермия.
3. Дерматит Дюринга.
4. Г. Синдром Лайела.
5. Строфулюс

17. Какие из перечисленных ниже функций выполняют почки?

1. Поддерживают обмен жидкостей в организме.
2. Обеспечивают постоянство в них концентрации осмотически активных веществ.
3. Экскреция конечных продуктов обмена.
4. Синтез антидиуретического гормона.
5. Образование активных форм витамина D-3

18. Укажите характерные признаки недостаточности аортального клапана:

1. Протодиастолический шум на основании сердца.
2. Повышение систолического и диастолического артериального давления.
3. Высокое артериальное давление на руках и низкое на ногах.
4. Дующий систолический шум с эпицентром во II-м межреберье справа от грудины.
5. Высокое систолическое и низкое диастолическое артериальное давление.

19. Укажите дополнительные диагностические критерии ревматизма:

1. Кардит
2. Ревматический анамнез.
3. Артралгии.
4. Хорея.
5. Изменения на ЭКГ.

20. Какие признаки характерны для острого эпиглоттита?

1. Острое начало.
2. Высокая температура тела.
3. Сильная боль в гортани.
4. Шумное дыхание.
5. Втяжение уступчивых мест грудной клетки.

Ответы (семестр 2):

1-1
2-3
3-3
4-2
5-3
6-2
7-4
8-2
9-3
10-1
11-4
12-4
13-4
14-1
15-4
16-124
17-1235
18-15
19-35
20-12345