федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ПЕДИАТРИЯ

по направлению подготовки «Лечебное дело»

31.05.01

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки («Лечебное дело»)

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена для студентов 5 курса и зачета для студентов 6 курса.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-9 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-9 готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль** «Болезни органов дыхания у детей»

**Форма текущего контроля:** защита проекта «Эпикриз»

**Критерии оценивания проекта «Эпикриз»**

**Оценка «5»:** все разделы полностью представлены и содержат требуемую информацию согласно требованиям к написанию эпикриза; диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, лечением и рекомендациями.

**Оценка «4»:** имеются небольшие погрешности в изложении материала (диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, но нет строгой обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента.

**Оценка «3»:** основные разделы согласуются с требованиями оценки хорошо, однако, имеются заблуждения или недоработки в обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента.

**Оценка «2»:** разделы эпикриза не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии.

**Модуль** «Дифференциальная диагностика в педиатрии»

**Форма текущего контроля:** Проверка доклада «Клинический случай»

**Критерии оценивания клинического случая**

***«Отлично»*** – все разделы полностью представлены и содержат требуемую информацию согласно требованиям к оформлению доклада по клиническому случаю; диагноз обоснован правильно и согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного; четко обосновано медикаментозное и немедикаментозное лечение пациента. Докладчик ориентируется в докладе и четко и аргументированно отвечает на все вопросы.

***«Хорошо»*** - имеются небольшие погрешности в изложении материала (диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного), но нет обоснованности для назначения лечения или докладчик плохо ориентируется в проблеме пациента.

***«Удовлетворительно»*** - основные разделы согласуются с требованиями оценки хорошо, однако, имеются заблуждения или недоработки в обоснованности назначения лечения и докладчик плохо ориентируется в проблеме пациента.

***«Неудовлетворительно»*** - разделы не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии. Докладчик не ориентируется в проблеме пациента.

**Критерии оценивания самостоятельной работы**

**«Отлично»**– все разделы (словарь, таблицы, рецепты) полностью представлены и содержат требуемую информацию согласно требованиям к оформлению самостоятельной работы;

**«Хорошо»** - имеются небольшие погрешности в изложении материала: допущены неточности в определениях, понятиях. Информация в таблицах и рецепты написаны правильно.

**«Удовлетворительно»** - основные разделы согласуются с требованиями оценки хорошо, однако, имеются недоработки в определениях понятий, таблицах, допущены ошибки в оформлении рецептов.

**«Неудовлетворительно»** - разделы не раскрыты по методическим требованиям, либо информация противоречит знаниям педиатрии.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль N1«Болезни младшего возраста»**

**Тема 1**«Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения у детей. Естественное вскармливание»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы
2. Оценка нервно-психического развития детей разного возраста с учетом анатомо-физиологических особенностей нервной системы
3. Группы нервно-психического развития и тактика врача при определении группы нервно-психического развития
4. Динамика нарастания массы тела и длины у детей различного возраста
5. Оценка физического развития детей разного возраста, оценка физического развития ребенка по центильным таблицам
6. Оценка лабораторных исследований (клиническая оценка анализ крови, мочи, биохимических анализов крови в детском возрасте)
7. Оценка инструментальных исследований (ЭКГ, ФКГ, основных функциональных проб, функции внешнего дыхания, рентгенологического исследования)
8. Методика обследования основных органов и систем
9. Семиотика нарушений физического и нервно-психического развития ребенка.

**Задания для отработки практических умений**

1. Антропометрия детей в зависимости от возраста
2. Формирование возрастных групп детей
3. Оценка физического развития по центильным таблицам
4. Оценка нервно-психического развития по таблицам оценки НПР
5. Оценка полового развития

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Число дыхательных движений в минуту у новорожденного ребенка
   1. 18 – 20
   2. 20 – 25
   3. 30 – 35
   4. 40 – 60
   5. 60 – 80
2. Анатомо-физиологическими особенностями носа у детей раннего возраста являются:
   1. узкие и короткие носовые ходы
   2. широкие носовые ходы
   3. слабая васкуляризация подслизистой
   4. наличие кавернозного сплетения
   5. хорошее развитие пазух носа
3. При трахеобронхите кашель сопровождается болями
   1. в шее
   2. за грудиной
   3. во всей грудной клетке
   4. под ребрами
4. Анатомо-физиологическими особенностями легких у детей раннего возраста являются
   1. хорошая дренажная функция;
   2. склонность слизистых оболочек к отеку и гиперсекреции
   3. слабая устойчивость к гипоксии
   4. хорошее развитие мышечных волокон бронхов
5. При увеличении интраторакальных лимфатических узлов отмечается следующий симптом
   1. симптом чаши Философова
   2. симптом Волковича
   3. симптом Кернига
   4. симптом Брудзинского

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. **Оценить физическое развитие ребенка**

Девочка, 5 лет

Масса тела - 18 кг

Длина тела – 100 см

Мальчик, 10 лет

Масса тела – 25 кг

Длина тела – 148 см

1. **Оценить нервно-психическое развитие ребёнка 6 мес.**

А3 – отличает близких от чужих

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает

Др – уверенно берёт и занимается игрушками

Ра – произносит отдельные звуки и слоги

Н – ест с ложки полужидкую пищу

**Образец решения**

1. **Оценить физическое развитие ребенка**
2. Девочка, 5 лет

Масса - 18 кг (4 коридор)

Длина – 100 см (2 коридор)

**ФР** с отклонением низкий рост при нормальной массе тела, гармоничная.

1. Мальчик, 10 лет

Масса – 25 кг (2 коридор)

Длина – 148 см (7 коридор)

**ФР** с отклонением низкий масса тела при высоком росте, дисгармоничная.

1. **Оценить нервно-психическое развитие ребёнка 6 мес.**

А3 – отличает близких от чужих (N)

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя (N)

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки (N)

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает (N)

Др – уверенно берёт и занимается игрушками (N)

Ра – произносит отдельные звуки и слоги (N)

Н – ест с ложки полужидкую пищу (N)

**НПР – 2 группа 1 степень**

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | A | b | b | a |

**Тема2**«Диагностика основных синдромов в педиатрии»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

выполнение практических манипуляций по обследованию ребенка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к практическому занятию:**

1. Синдромы при заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы
2. Синдромы при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта
3. Методика проведения аускультации сердца
4. Методика определения границ сердца
5. Методика проведения пальпации живота
6. Методика проведения перкуссии живота

**Задания для отработки практических умений:**

1. Аускультация сердца
2. Определение перкуторно границ сердца
3. Поверхностная пальпация живота
4. Глубокая пальпация живота

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Типичным симптомом при стенозе митрального клапана у детей является:
   1. центральный цианоз
   2. бледность с лилово-малиновым «румянцем» на щеках
   3. периорбитальные тени
   4. периферический цианоз
   5. ливидо
2. Усиление подкожного венозного рисунка в области грудной клетки свидетельствует о
   1. затруднении притока венозной крови к правым отделам сердца
   2. затруднении оттока артериальной крови из левых отделов сердца
   3. затруднении притока артериальной крови к левым отделам сердца
   4. затруднении оттока венозной крови из правых отделов сердца
3. Усиленная пульсация сонных артерий (кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы) характерна для
   1. недостаточности аортального клапана
   2. стеноза митрального клапана
   3. стеноза трикуспидального клапана
   4. недостаточности трикуспидального клапана
   5. стеноза легочной артерии
4. Болевая точка хвоста поджелудочной железы, находящаяся на границе верхней и средней трети биссектрисы левого квадранта живота, называют точкой
   1. Мейо-Робсона
   2. Кача
   3. Дежардена
   4. Мерфи
   5. Боаса
5. Болевая точка головки поджелудочной железы, находящаяся на границе средней и нижней трети биссектрисы левого верхнего квадранта живота, называют точкой
   1. Дежардена
   2. Мейо-Робсона
   3. Кача
   4. Мерфи
   5. Боаса

**Типовые практические задания для проверки умений: практическая задача**

Показать на манекене точки аускультации сердца, провести аускультацию

**Образец решения**

Техника аускультации сердца.

У детей помимо основных точек аускультации необходимо прослушать всю область сердца, а также сосуды в точках видимой пульсации или пальпации артериального пульса.

Зоны выслушивания клапанов и отделов сердца у детей те же, что и у взрослых.

*Зона левого желудочка* – верхушка сердца, область IVи V межреберья на 2 см кнутри от верхушки и латерально – по передней подмышечной линии; это область выслушивания звуков митрального клапана, IIIи IV тонов левого желудочка, иногда – шумов при аортальных пороках.

*Зона правого желудочка* – нижняя треть грудины, а также область в IVи V межреберьях на 2-4 см влево и 2 см вправо от грудины; это область выслушивания трехстворчатого клапана, IIIи IV тонов правого желудочка, шумов при дефекте межжелудочковой перегородки и при недостаточности клапана легочной артерии.

*Зона левого предсердия* – на спине на уровне нижнего угла левой лопатки и латерально до задней подмышечной линии; это область выслушивания систолического шума при митральной недостаточности.

*Зона правого предсердия* – на уровне IVи V мержреберья на 1-2 см вправо от грудины; это область выслушивания систолического шума недостаточности трехстворчатого клапана.

*Аортальная зона* – в III межреберье слева и во II межреберье справа у края грудины; это область выслушивания звуков аортального клапана.

*Зона легочной артерии* – II межреберье слева у края грудины с распространением вверх до левого грудино-ключичного сочленения (в I межреберье) и вниз к III межреберью вдоль левого края грудины; это область выслушивания звуков клапана легочной артерии.

*Зона нисходящего отдела грудной аорты* – задняя поверхность грудной клетки над II- X грудными позвонками и на 2-3 см влево от задней срединной линии; это область выслушивания шумов при коарктации аорты, аневризмах, аортальном стенозе.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| а | А | а | а | а |

**Тема 3 «**Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения у детей. Естественное вскармливание».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к практическому занятию:**

1. АФО органов пищеварения у детей.
2. Состав женского молока.
3. Преимущества естественного вскармливания.
4. Противопоказания к естественному вскармливанию со стороны матери.
5. Питание беременной и кормящей матери.
6. Техника и режимы грудного вскармливания.
7. Причины гипогалактии
8. Лечение и профилактика гипогалактии
9. Способы определения суточного и разового количества молока.
10. Прикорм: виды, сроки и техника введение.
11. Возрастные особенности потребности в белках, жирах, углеводах.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Естественное вскармливание
2. Молозиво
3. Переходное молоко
4. Зрелое молоко
5. Докорм
6. Прикорм
7. Суточный объем питания
8. Разовый объем питания

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Состав женского молока: молозиво, зрелое молоко.
2. Среднесуточные нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для детей раннего возраста.
3. Режимы вскармливания.
4. Схему введения прикормов детям первого года жизни.
5. Прибавки в массе тела на первом году жизни.

**Задания для отработки практических умений**

1. расчет долженствующей массы тела
2. расчет суточного объема питания
3. расчет суточного объема питания
4. расчет суточного калоража питания ребенку до года
5. составление схемы питания ребенка первого года жизни находящегося на естественном вскармливании

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Естественное вскармливание это:
   1. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
   2. питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
   3. питание смесями – заменителями женского молока даже при наличии однократного прикладывания к груди
2. «Золотой стандарт» в питании детей 1го года жизни это
   1. сцеженное суточное грудное молоко
   2. адаптированные молочные смеси
   3. грудное женское молоко
   4. адаптированные смеси на основе гидролизата белка
3. Выберите безглютеновую кашу
   1. овсяная
   2. манная
   3. гречневая
   4. перловая
4. Частота кормления ребенка в возрасте 15 дней
   1. 7 раз, через 3 часа
   2. по требованию, но не менее 7 раз
   3. 5 раз, через 4 часа
   4. 6 раз, через 3,5 часов
5. Срок введения овощного пюре в рацион здорового ребенка
   1. 3 месяца
   2. 4-6 месяцев
   3. 7 месяцев
   4. 8 месяцев

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Ребенок 2 месяца, масса тела при рождении 3000 гр., находится на естественном вскармливании.

**Вопросы:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения ситуационной задачи**

1. m (долженствующая) – 3кг+600+800=4400кг,

Vc (суточный объем) – 4400/6=733 ml

Vр (разовый объем) – 733 ml/6=122 ml

600- грудное молоко 122,0

930- грудное молоко 122,0

1300- грудное молоко 122,0

1630- грудное молоко 122,0

2000- грудное молоко 122,0

2330- грудное молоко 122,0

1. Б - 2,2 х 4,400 = 9,680

Ж – 6,5 х 4,400 =28,600

У – 13 х 4,400 = 57,200

Ккал -115 х 4,400 =506,00

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| а | С | с | b | b |

**Тема 3** «Искусственное и смешанное вскармливание. Питание больного ребенка».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Смешанное вскармливание, определение понятия.
2. Искусственное вскармливание, определение понятия.
3. Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери.
4. Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка.
5. Гипогалактия, правила и средства поддержки лактации.
6. Характеристика современных адаптированных молочных смесей.
7. Алгоритм выбора молочной смеси.
8. Введение прикормов детям на искусственном и смешанном вскармливании и при патологии раннего возраста.
9. Способы расчета объема питания детям на смешанном и искусственном вскармливании.
10. Питание детей 1-3 лет.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Смешанное вскармливание
2. Искусственное вскармливание
3. Гипогалактия
4. Адаптированные смеси
5. «Начальные» смеси
6. «Последующие» смеси
7. «Лечебные» смеси
8. Контрольное взвешивание

**Задания для отработки практических умений**

1. расчет объема докорма
2. составление схемы питания ребенка первого года жизни находящегося на смешенном вскармливании
3. составление схемы питания ребенка первого года жизни находящегося на искусственном вскармливании

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Смешанное вскармливание это:
   1. питание смесями – заменителями женского молока при наличии однократного прикладывания к груди или суммарного объема материнского молока до 50-100 мл
   2. питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
   3. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
   4. введение пищевых продуктов, отличных от материнского молока и дополняющих рацион ребенка теми или иными питательными веществами
2. Назовите противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери
   1. Ветряная оспа
   2. Хронический гепатит
   3. Открытая форма туберкулеза с бацилловыделением
   4. Корь
3. Частота кормления ребенка в возрасте 15 дней, находящегося на искусственном вскармливании, составляет
   1. 5 раз, через 4 часа
   2. 6 раз, через 3,5 часов
   3. 7 раз, через 3 часа
   4. по требованию, но не менее 7 раз
4. В какой срок ребенку на искусственном вскармливании можно ввести детский кефир?
   1. 4 месяца
   2. 5 месяцев
   3. 6 месяцев
   4. 8 месяцев
5. Главное свойство галактозы:
   1. способствует росту нормальной микрофлоры кишечника
   2. стимулирует моторику кишечника
   3. повышает иммунную защиту
   4. участвует в синтезе белков, входящих в структуру нейронов

**Решение задач для формирования умений, общих и профессиональных компетенций:**

Ребенок 5 месяцев, масса тела при рождении 3300 гр., в настоящий момент находится на естественном вскармливании. При контрольном кормлении получил 70 мл грудного молока.

**Вопросы:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения**

1. m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

КК – 70 ml

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/6=165 ml

600- грудное молоко 165,0

930- каша 150,0 + сливочное масло 4,0 + грудное молоко 9,0

1300- грудное молоко 165,0

1630- грудное молоко 165,0

2000- грудное молоко 165,0

2330- грудное молоко 165,0

1. Б - 2,6 х 6950 = 18

Ж – 6,5 х 6950 = 42

У – 13 х 13 = 91

Ккал -115 х 6950 = 805,00

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| а | с | d | d | a |

**Тема 5**«Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной клетчатки у детей. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Формирование и развитие кожи и подкожной клетчатки в пренатальном периоде.
2. Особенности строения кожи и придатков кожи и подкожной клетчатки у ребенка первых лет жизни
3. Функциональные особенности кожи новорожденного и ребенка первых лет жизни.
4. Методы обследования кожи и подкожной клетчатки.
5. Хронические расстройства питания, определение понятия, классификация.
6. Этиология и патогенез клиническая картина гипотрофии
7. Критерии диагностики, дифференциальный диагноз гипотрофии
8. Медикаментозное и диетотерапия, профилактика, диспансерное наблюдение гипотрофии.

**Составьте глоссарий в рабочей тетради:**

1. Нормотрофия
2. Паротрофия
3. Гипостатура
4. Дистрофия
5. Квашиоркор
6. Трехфазное питание при гипотрофии
7. Синдром Барде-Бидля
8. Синдром Альстрема
9. Индекс упитанности Чулитского
10. Пятно
11. Папула
12. Уртикария
13. Везикула
14. Пузырь
15. Пустула
16. Чешуйка
17. Корочка

**Задания для отработки практических умений**

1. Определение симптомов и синдромов у детей с гипотрофией
2. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
3. Составление плана обследования
4. Составление меню
5. Составление плана ведения детей с гипотрофией
6. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Дистрофия это
   1. патологическое состояние, возникающее у детей при хроническом расстройстве питания, характеризующееся отклонениями в развитии и понижением сопротивляемости организма
   2. вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей при дефиците животных белков
   3. дистрофия с более или менее равномерным отставанием ребенка в росте и массе тела при удовлетворительной упитанности
   4. хроническое расстройство питания без дефицита массы с нарушением обмена веществ
2. Гипотрофия I степени - это дефицит массы:
   1. 8-10%
   2. 11-20%
   3. 21-30%
   4. более 30%
3. К эндогенным причинам гипотрофий у детей раннего возраста относят:
   1. количественный недокорм
   2. качественный недокорм
   3. врожденные пороки развития
   4. недостаточное питание и заболевания матери
4. Диетотерапии гипотрофии включает период:
   1. выяснения толерантности к пище
   2. восстановительный
   3. стимулирующий
   4. укрепляющий
5. Уменьшение толщины подкожного жирового слоя при гипотрофии II степени:
6. не истончен
7. истончен на животе и туловище
8. исчезает на животе, туловище, конечностях
9. отсутствует везде, истончен на лице

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Девочка 5 мес.

**Жалобы** (со слов матери) на беспокойство, снижение аппетита, неустойчивый стул, снижение массы тела.

**Анамнез заболевания**: ребенок с 2,5 месяцев находится на искусственном вскармливании смесью по возрасту, но ест неохотно в связи с чем докармливают разведенным коровьим молоком; первый прикорм – каша с 4 месяцев, получает кашу 2-3 раза в сутки. Условия ухода неудовлетворительные: не гуляют на свежем воздухе, купают нерегулярно. Профилактика рахита не проводится. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 срочных родов, закричала сразу, к груди приложен в родильном зале. Масса тела при рождении 3300 г, рост - 51 см. БЦЖ в роддоме. Из перенесенных заболеваний ОРИ - 2 раза, острый отит (в 1,5 мес.).

**Объективно**: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, масса тела – 6200 г, рост – 65 см, большой родничок 1,5х1,5 см., края податливые. Кожные покровы бледные, эластичность кожи снижена. Подкожно-жировая клетчатка истончена на передней брюшной стенке, тургор тканей удовлетворительный. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД – 30 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 135 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый со склонностью к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики нет.

НПР: Аз – 5 мес., Ас – 5 мес., Э – 5 мес., До – 5 мес., Др – 4 мес., Н – 4мес.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB– 120 г/л, RBC– 4,1х1012/л, WBC– 8,2х109/л, NEUT – 40%, LYMPH- 49%, MON% –8%, EO%– 3%, СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ: количество 30 мл, уд. вес – 1018, pH – кислая, светло-желтая, прозрачная, лейкоциты – 0-1 в п/з., плоский эпителий – 0-1 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, фосфаты в небольшом количество.

БАК: PRO – 72 г/л, GLU – 4,5 мкмоль/л, BIL – 18,6 мкмоль/л, Са – 2,0 ммоль/л, Р – 1,2 ммоль/л.

Копрограмма: цвет – желтый, кашицеобразный, нейтральный жир – небольшое количество, жирные кислоты – ед., йодофильные бактерии – большое количество, лейкоциты – 10-12 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, слизь - большое количество.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените обследование ребенка

3. Поставьте предварительный диагноз.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | c | a | c |

**Тема 6**«Синдром мальабсорбции у детей»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Синдром мальабсорбции, определение понятия, классификация.
2. Целиакия, определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.
3. Муковисцидоз, определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение.
4. Галактоземия, определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.
5. Лактазная недостаточность, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Целиакия
2. Муковисцидоз
3. Галактоземия
4. Лактазная недостаточность
5. Стеаторея
6. Глютен
7. Потовый тест
8. Панкреатическая эластаза кала
9. Водородный дыхательный тест
10. Лактозотолерантный тест
11. Антитела к глиадину
12. Неонатальный скрининг
13. Антитела к тканевой трансглутаминазе

**Составите таблицу в рабочей тетради:**

1. Дифференциальная таблица по мальабсорбции включающие следующие показатели:
   1. Возраст манифестации
   2. Этиология
   3. Провоцирующий фактор
   4. Аппетит
   5. Рвота
   6. Характер стула
   7. ФР
   8. Размеры живота
   9. Сочетание с другими заболеваниями
   10. Копрограмма
   11. АТ к глиадину
   12. Проба с Д-ксилозой
   13. Хлориды пота
   14. Биопсия кишечника
   15. Лечение
   16. Профилактика

**Задания для отработки практических умений:**

1. Определение симптомов и синдромов у детей с гипотрофией
2. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
3. Составление плана обследования
4. Составление меню
5. Составление плана ведения детей с гипотрофией
6. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Галактоземия это заболевание, характеризующееся нарушением:
2. углеводного обмена с поражением печени, головного мозга и органов зрения
3. переносимости глютена злаковых культур
4. гидролиза лактозы в тонкой кишке.
5. образования трансмембранного белка экзокринных желез с образование густого секрета
6. Результатом нарушения функции трансмембранного белка муковисцидоза (МВТР) является:
7. выработка аутоантител к тканевой трансглутоминазе (TTG) клеток
8. нарушение обмена ионов Na и Cl между внутри- и внеклеточным пространством
9. атрофия ворсинок кишечника
10. пониженный выход ионов Na и K из энтероцитов
11. Основное в лечение лактазной недостаточности является:
12. безлактозная диета, ноотропы, гепатопротекторы
13. безглютеновая диета, витамины группы В, А, С, Д, кальций, железо, креон
14. низко- или безлактозная диета, препарат бета-галактозидазу
15. высококалорийная диета, дотация соли, креон, холиретики.
16. Длительность периода ремиссии при целиакии зависит от:
17. формы целиакии
18. состава микрофлоры кишечника
19. рациональности диетотерапии
20. физиотерапевтического лечения
21. Для стула при непереносимости лактозы характерно:
22. кашицеобразный, блестящий
23. пенистый характер с кислым запахом
24. водянистый, пенистый, зловонный
25. светло-жёлтый, глинистый, блестящий

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Мальчик 6 мес.

**Жалобы** со слов родителей на плохую прибавку в весе, жидкий стул до 6-8 раз в сутки.

**Анамнез жизни:** ребенок от I срочных родов, беременность протекала с токсикозом I половины, на фоне обострения хронического пиелонефрита в 20 недель; ребёнок родился с массой тела – 3500, длиной 52 см, находился на грудном вскармливании до 1 месяца, затем переведен на искусственное, получает адаптированную смесь «NAN 1» по 150,0 мл 6 раз в день, периодически отмечается гиперемия щёк и ягодиц, шелушение, опрелости в паховых складках. Генеалогический анамнез: у отца – хронический эрозивный гастрит, у бабушки по линии матери – экзема.

**Социальный анамнез**: семья полная, жилищно-бытовые и материальные условия удовлетворительные.

**Антропометрия**: масса – 6000гр., рост – 65 см., окружность головы – 42 см., окружность груди – 43 см.

**Психометрия**: Аз – 5мес., Ас – 5мес., До – 5мес., Др – 5мес., Ра – 5мес., Рп – 5мес., Н – 4мес.

Мед. отвод от АКДС.

**Анамнез заболевания:** с недельного возраста у ребенка отмечаются эпизоды кишечной колики, жидкий стул на фоне нормальной температуры тела и удовлетворительного состояния. При попытке введения овощного пюре у ребенка отмечалось учащение стула до 5-6 раз, беспокойство, метеоризм. Поступил на обследование и лечение.

**Объективно:** Общее состояние у ребенка средней тяжести. Температура тела нормальная. Питание понижено, подкожно – жировой слой истончен на животе и бедрах, толщина кожной складки на уровне пупка 1 см. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, себорейные корочки над бровями, гиперемия щек, шелушение, опрелости в ягодичных складках. Большой родничок 1,0 х 1,0 см, края плотные. Дыхание везикулярное, число дыханий 40 в минуту. Границы относительной сердечной тупости правая – парастернальная линия; верхняя – II межреберье; левая – на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот увеличен в размерах, вздут, урчание при пальпации. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул при приеме в отделение кашеобразный, желтый с примесью слизи.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | c | c | b |

**Тема 7**«Анатомо-физиологические особенности костной, мышечной систем. Рахит. Рахитоподобные заболевания»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Рахит, определение понятия, классификация.
2. Метаболизм витамина D.
3. Патогенез, этиология, факторы риска рахита.
4. Классификация рахита.
5. Основные клинические симптомы и синдромы рахита различных периодов заболевания.
6. Критерии диагностики рахита.
7. Дифференциальная диагностика рахита с рахитоподобными заболеваниями (синдром Фанкони-Дебре-де Тони, фосфат диабет, почечный тубулярный ацидоз).
8. Лечение рахита: диета, основные принципы назначения витамина D.
9. Антенатальная и постнатальная (неспецифическая, специфическая) профилактика рахита.
10. Рахитоподобные заболевания определение, классификация.
11. Интоксикация витамином D (гипервитаминоз D), причины, клиника, диагностика, лечение.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Дефицитные состояния детей раннего возраста
2. Витамин D-дефицитный рахит
3. Витамин D
4. Провитамин D2
5. Провитамин D3
6. Паратгормон
7. Экзогенный рахит
8. Эндогенный рахит
9. Гипокальциемический вариант витамин D-дефицитного рахита
10. Рахитоподобные заболевания.
11. Витамин D-резистентный рахит (фосфат-диабет, синдром Фанкони-Дебре-де Тони, почечно-кальциевый ацидоз).
12. Гипервитаминоз витамина D

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Классификация рахита
2. Рентгенологические признаки рахита
3. Периоды рахита
4. Критерии эффективности лечения рахита
5. Лечение рахита
6. Профилактика рахита

**Написать рецепт**

1. Аквадетрим, водный раствор 10мл, 15000МЕ /1 мл.
2. Вигантол, масляный раствор 10мл, 500мкг /1мл.
3. Компливит кальций Д3 для малышей, порошок для приготовления суспензии 40 мг+10 МЕ/мл

**Задания для отработки практических умений:**

1. Определение симптомов и синдромов при рахите и рахитоподобных заболеваниях
2. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
3. Составление плана обследования
4. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Тип наследования Фосфат-диабета:
   1. аутосомно-рецессивный
   2. сцепленный с Х-хромосомой рецессивный
   3. сцепленный с Х-хромосомой доминантный
   4. не наследуется
2. Профилактическая доза витамина D составляет:
   1. 200 МЕ в сутки
   2. 500 МЕ в сутки
   3. 100 МЕ в сутки
   4. 2000 МЕ в сутки
3. Рахит может приводить к:
   1. снижению иммунитета и неспецифической резистентности
   2. развитию олигофрении
   3. не влияет на динамику роста и развития
   4. развитию ревматоидного артрита
4. Для начального периода рахита характерны следующие клинические проявления:
   1. беспокойство, плаксивость, нарушение сна, облысение затылка
   2. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов»
   3. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
   4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо
5. Для периода разгара рахита характерны следующие биохимические показатели:
   1. гиперфосфатемия, гипокальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
   2. гипофосфатемия, гиперкальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
   3. гипофосфатемия, гипокальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
   4. гипофосфатемия, гипокальцемия, низкая активность щелочной фосфатазы

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Девочка 2 года

**Жалобы** со слов матери на снижение аппетита, отказ от пищи, рвоту, температуру тела до субфебрильных цифр, беспокойство.

**Анамнез заболевания**: больна около 5 месяцев. По мнению матери до 6-месячного возраста была совершенно здорова, ничем не болела. С 6 месяцев отмечается снижение аппетита, частые отказы от еды, ни с чем несвязанные рвоты, подъемы температуры до субфебрильных цифр, беспокойна.

**Анамнез жизни**: от 1 доношенной беременности. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 54 см. Находится на естественном вскармливании, прикормы введены в срок, получала профилактическую дозу витамина Д - 500 МЕ ежедневно. В 8 месяцев перенесла сегментарную пневмонию. С этого времени стали проявляться отставание в физическом и нервно-психическом развитии. Девочка сидит с трудом, на ножки не встает. Лечилась по поводу рахита, гипотрофии, лечение обычными дозами витамином Д в течение 45 дней, что не дало никакого результата.

**Объективно:** состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Правильного телосложения. Масса тела 9600 г, длина - 75 см. Кожные покровы сухие с сероватым оттенком, выражена складчатость кожи, особенно на конечностях. Подкожно-жировой слой слабо выражен. Резко выраженная гипотония мышц. Имеется деформация черепа в виде отчетливо выдающихся теменных бугров, уплощенного затылка. Грудная клетка развернута. Отчетливая «Гаррисонова борозда». Большой родничок 1х1 см, зубы 0/2. Х-образное искривление костей ног, руки деформированы. Над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 110 в минуту. Живот увеличен, печень пальпируется на 5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Отмечается склонность к запорам. Мочеиспускание учащено.

НПР: С-1г. 9месяца, Д-1г. 6месяца, И-1г. 6месяца, Н-1г. 6 мес., Ра и Рп-1г. 6 мес.

**Данные лабораторных исследований:**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ: остеопороз костей.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдромы поражение нервной системы, костной системы, мышечной системы, полиурия.
2. Отставание ФР очень низкая масса при очень низком росте (1 коридор), НПР – 3 группа, 4 степень, Р костей – остеопороз
3. Синдром Фанкони (де Тони-Дебре)
4. ОАК, ОАМ, биохимия крови: кальций, фосфор, натрий, хлориды, креатинин, глюкоза; 1,25 (ОН)2D3, паратгормон. Биохимический анализ суточной мочи: экскреция кальция, фосфора и белка, глюкозы, аммония, титруемые кислоты.
5. Регидротация, коррекция ацидоза, гипонатриемии, гипокалимии, гипофосфатемии, бикарбонат натрия, препараты калия, фосфора, витамин Д3 0,02-0,05 мкг/кг/сутки, индометацин 0,5-1,5 мг/кг/сутки при отсутствии эффекта.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | a | c |

**Модуль N2** «Патология системы кроветворения у детей»

**Тема 1«**Анатомо-физиологические особенности системы кроветворения. Дефицитные анемии. Острые лейкозы у детей»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Анатомо-физиологические особенности системы кроветворения.
2. Обмен железа в организме.
3. Анемия, определение понятия, классификация.
4. Этиология, группы риска по железодефицитной анемии.
5. Основные клинические симптомы и синдромы анемии.
6. Критерии диагностики железодефицитной анемии, лабораторная диагностика.
7. Дифференциальная диагностика железодефицитной анемии с мегалобластическими (В12 и фолиево дефицитными), гемолитическими анемиями.
8. Лечение анемий: диета, основные принципы назначения и классификация препаратов железа.
9. Профилактика железодефицитных состояний.
10. Лейкозы определение, классификация.
11. Этиология, патогенез лейкоза.
12. Основные клинические симптомы и синдромы лейкоза
13. Принципы химиотерапии.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Железодефицитная анемия.
2. Мегалобластическая анемия.
3. В12 дефицитная анемия.
4. Фолиево дефицитными анемия.
5. Латентный дефицит железа.
6. Фетальный гемоглобин
7. Астенический синдром
8. Эпителиальный синдром
9. Сердечно-сосудистый синдром
10. Мышечный синдром
11. Синдром снижения резистентности
12. Гемобластозы
13. Острый лейкоз
14. Индукция ремиссии
15. Консолидация
16. Реиндукция

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Группы риска по анемии.
2. Критерии диагностики ЖДА.
3. Нормальные показатели гемоглобина (новорожденные доношенные, недоношенные, дети после года).
4. Общие принципы терапии ЖДА
5. ФАБ-классификация ОЛЛ и ОМЛ

**Написать рецепты**

1. Мальтофер, таблетки, 100мг
2. Актиферрин, 10 мг в 1 мл капель
3. Фенюльс, 10мг в 1 мл сиропа
4. Тотема, 50 мг в 10 мл

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Содержание НВ в крови после рождения здорового ребенка составляет:
   1. 100-130 г/л
   2. 130-160 г/л
   3. 180-240 г/л
   4. 250-280 г/л
2. Какая анемия относится к группе микроцитарных анемий?
   1. фолиево дефицитная
   2. анемия Фанкони
   3. В12-дефицитная
   4. железодефицитная
3. Определите степень тяжести анемии: уровень гемоглобина 91 г/л, эритроциты 3,8х1012/л
   1. легкая степень тяжести
   2. средней степени тяжести
   3. тяжелой степени тяжести
   4. крайне тяжелой степени тяжести
4. Какая анемия по этиологии наиболее вероятная у девочки 14 лет с метроррагией?
   1. дефицитная
   2. апластическая
   3. постгеморрагическая
   4. гемолитическая
5. Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:
   1. В12-дефицитная анемия
   2. лейкозе
   3. постгеморрагической анемии
   4. железодефицитная анемия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 11 лет

**Жалобы** на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита, высыпания.

**Анамнез заболевания**: болен в течение последних 2 месяцев, когда впервые мама заметила появление синяков на теле у ребенка, в последние три дня синяков стало больше, появилась кровоточивость десен, заболевание ни с чем не связывает.

**Анамнез жизни**: родился от I беременности, протекавшей без особенностей, от молодых здоровых родителей. Матери 30 лет, отцу – 32 года. Мать работает библиотекарем, отец строителем. Материальные и бытовые условия в семье удовлетворительные. Масса при рождении 3800 гр., длина 52 см. Вскармливался грудью до 1 г. 2 мес., развивался хорошо, болел мало, все прививки получил своевременно.

**Объективно**: состояние ближе к тяжелому, мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания: масса - 40 кг, рост - 150 см. Кожа бледная с восковидным оттенком. Слизистые бледные. На коже множество экхимозов различного цвета – от фиолетовых до желтых – размером 2-4 см., возникли самопроизвольно. Пальпируются увеличенные подчелюстные и шейные лимфоузлы до размера крупной фасоли, плотно-эластичной консистенции, не спаянные друг с другом, безболезненные, подмышечные и паховые лимфоузлы - плотно-эластичные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями, размером до горошины. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Отмечается болезненность при постукивании по большеберцовой кости. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца средней громкости, ритмичные, ЧСС 96 в минуту. Короткий систолический шум на верхушке и в т. Боткина за пределы сердца не проводится. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под ребра на 2 см, край плотный, гладкий б/болезненный. Селезенка пальпируется на 6 см ниже реберной дуги. Дизурических расстройств нет. Стул ежедневно, оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 70g/L, RBC – 2,2х1012/L, WBC – 50x109/L, PLT – 90,0x109/L, NEUT – 57%, MONO – 1%, LYMPH – 11%, бластные клетки – 31%, СОЭ – 30мм/час.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Лимфоаденопатия, геморрагический.
2. Лейкоцитоз, тромбоцитопения, бласты в периферической крови.
3. Острая лейкемия
4. Пункция костного мозга
5. Химиотерапия

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| с | b | a | с | b |

**Тема2 «**Вазопатии у детей: геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн – Геноха). Коагулопатии (гемофилия). Тромбоцитопатии (тромбоцитопеническая пурпура)»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Вазопатии, определение понятия.
2. Геморрагический васкулит, классификация, этиология и патогенез.
3. Основные клинические симптомы и синдромы, критерии диагностики геморрагического васкулита.
4. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение детей с геморрагическим васкулитом.
5. Понятия тромбоцитопатии, классификация, патогенез, клиника, лечение.
6. Тромбоцитопеническая пурпура, классификация, этиология и патогенез тромбоцитопенической пурпуры.
7. Основные клинические симптомы и синдромы, критерии диагностики тромбоцитопенической пурпуры
8. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение детей с тромбоцитопенической пурпурой.
9. Гемофилия, классификация, этиология и патогенез.
10. Основные клинические симптомы и синдромы, критерии диагностики гемофилии.
11. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение детей с гемофилии.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Гемостаз
2. Коагулопатии
3. Тромбоцитопатии
4. Тромбоцитопении
5. Вазопатии
6. Гемофилия
7. Ингибиторная гемофилия
8. Болезнь Виллебранда
9. Тромбоцитопеническая пурпура
10. Тромбоцитопатии
11. Вазопатии
12. Геморрагический васкулит
13. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
14. Определение симптомов и синдромов
15. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
16. Составление плана обследования
17. Составление рекомендаций при выписки

**Составьте таблицы в рабочей тетради**

1. План обследования для гемофилии
2. Схему лечения гемофилии
3. План диспансерного наблюдения гемофилии
4. План обследования для в геморрагического васкулита
5. Схему лечения геморрагического васкулита
6. План диспансерного наблюдения геморрагического васкулита
7. План обследования для тромбоцитопенической пурпуры
8. Схему лечения тромбоцитопенической пурпуры
9. План диспансерного наблюдения для детей с тромбоцитопенической пурпурой
10. Дифференциальную таблицу гемофилии и болезни Виллебранда, тромбоцитопенической пурпуры и тромбоцитопатии (клиника, диагностика, лечение)

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Гемофилия - это заболевание:
2. с повышенной кровоточивостью и увеличением длительности кровотечения, качественным или количественным недостаточностью фактора Виллебранда, снижением активности VIII фактора и адгезивностью тромбоцитов.
3. с резким замедлением свертывания крови и повышенной кровоточивостью из-за дефицита фактора свертывания.
4. обусловленное количественное и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена.
5. связанное с качественной неполноценностью кровяных пластинок при нормальном их количестве.
6. К тромбоцитопениям относят следующее заболевание:
7. гемофилия
8. болезнь Шенлейна-Геноха
9. болезнь Виллебранда
10. тромбоцитопеническая пурпура
11. Классификация геморрагического васкулита включает следующую форму:
12. легочную
13. сердечную
14. почечную
15. печеночную
16. Кожные проявления гемофилии:
17. гематомы и кровоизлияния
18. петехии и экхимозы
19. эритематозные пятна, макулопапулы
20. геморрагии и петехии
21. Лабораторные показатели характерные для тромбоцитопатии:
22. увеличение длительности кровотечения, нормальное количество тромбоцитов, низкая агрегация тромбоцитов и количество фактора Виллебранда.
23. тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
24. увеличение длительности свертывания крови, активированного АЧТВ и низкий уровень VIII фактора.
25. увеличение длительности кровотечения, низкая агрегация при нормальном количестве тромбоцитов и факторов свертывания.

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 11 лет

Поступил в клинику по направлению участкового педиатра с жалобами на мелкоточечную сыпь на нижних конечностях, боли в суставах, общую слабость.

**Анамнез жизни:** родился доношенным с массой 3500 г, длина - 52 см. Рос­ и развивался соответственно возрасту. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании, до года отмечались проявления аллергического конституционального дерматита. Часто болел простудными заболеваниями.

**Анамнез заболевания:** болен в течение недели. Три недели назад перенес стрептодермию, накануне вечером появились боли в коленных и голеностопных суставах, а с утра в день поступления состояние ухудшилось: усилились боли в суставах в суставах нижних конечностях, появились высыпания на ногах.

**Объективно:** при поступлении состояние средней тяжести, вялый, отмечалась бледность кожных покровов, наличие симметричных геморрагических высыпаний на коже голеней и вокруг крупных суставов. Суставы по внешнему виду не изменены, объем движений не ограничен. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обе­их сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 120г/л, RBC – 3,5х1012/л, WBC – 6,0 х 109/л, PLT – 2,5 х 109/л

ОАМ: относительная плотность - 1012, белок - отрицательный, прозрачная, Л - 1-2, эпителий – 2 - 3 в п/

.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы
2. Определите тип кровоточивости
3. Поставьте клинический диагноз
4. Составьте программу лечения

**Образец решения**

1. Геморрагический.
2. Васкулитно-пурпурный.
3. Диагноз: Геморрагический васкулит. Кожная форма.
4. ОАК: тромбоциты, гематокрит, длительность кровотечения

- биохимический анализ крови: об. белок, белковые фракции, СРБ, серомукоид;

- иммунограмма;

- коагулограмма (время свертывания, этаноловый тест и др.);

- вирусологическое обследование (вирусы гепатита, ЦМВ, герпеса);

- ОАМ, копроцитограмма (по показаниям посев на ЭПКГ);

- осмотр, ЛОР-врача, стоматолога;

1. Программа лечения:

* ограничение двигательной активности;
* энтеросорбенты (полифепан, карболен, энтеросорб, полисорб, смекта);
* антиагрегантные средства (курантил, трентал).

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | d | c | a | d |

**Модуль N3**. «Болезни органов кровообращения у детей»

**Тема 1**. **«**Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Острая ревматическая лихорадка. Неревматические кардиты».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Особенности кровообращения плода.
2. Морфофункциональные особенности органов сердечно-сосудистой системы у детей.
3. Ревматическая лихорадка, определение и классификация.
4. Этиология, патогенез ОРЛ.
5. Основные клинические симптомы и синдромы, диагностика ОРЛ.
6. Лечение, профилактика и диспансерное наблюдение ОРЛ.
7. Миокардит, определение и классификация.
8. Этиология и патогенез, клиника, диагностика миокардитов.
9. Лечение, профилактика и диспансерное наблюдение детей с миокардитами.
10. Инфекционный эндокардит, этиология и патогенез, классификация бактериальных эндокардитов.
11. Клиника, диагностика и лечение и профилактика бактериальных эндокардитов.
12. Перикардит, этиология и патогенез, классификация и клиника перикардитов.
13. Диагностика, лечение, профилактика и диспансерное наблюдение за больными перикардитов.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Фетальные коммуникации.
2. Ударный объем крови.
3. Минутный объем крови.
4. Проба Шалкова.
5. Острый ревматический полиартрит.
6. Острый ревматический кардит.
7. Ревматическая хорея.
8. Анулярная эритема.
9. Пересмотренные критерии Джонса по ОРЛ.
10. Болезнь Кавасаки
11. Инфекционный эндокардит.
12. Гиподиастолия.

**Задания для отработки практических умений:**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Неревматические кардиты это:
2. острое или подострое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц и связанное с фарингеальной инфекцией, обусловленной стрептококком группы А.
3. группа неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний сердца.
4. поражение сердечной мышцы воспалительного характера инфекционной или неинфекционной этиологии.
5. поражение эндокарда (клапанов или стенок сердца) воспалительного характера, вызванное присутствующим в ткани эндокарда инфекционным агентом.
6. Предрасполагающий фактор развития ревматической лихорадки:
7. генетическая предрасположенность
8. особенность строения сердца
9. особенность строения соединительной ткани
10. юный возраст пациента
11. Наиболее частая этиология миокардитов у детей младшего возраста:
12. бактериальная
13. вирусная
14. паразитарная
15. грибковая
16. Изменения на коже при инфекционном эндокардите:
17. пятна Бельского-Филатова-Коплика
18. волчаночная бабочка
19. родинка Беккера
20. пятна Либермана-Лунина
21. Большие критерии Джонса включает:
22. кардит
23. артралгии
24. лихорадка
25. повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка, 9 лет

Поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, боли в суставах и мышцах нижних конечностей, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

**Анамнез жизни**: ребёнок от II преждевременных родов на 37-38 неделе беременности. Масса при рождении 2100, длина 46 см. беременность протекала без частые простудные заболевания и ангины (2-3 раз в год). Наследственность по сердечно-сосудистой патологии не отягощена.

**Анамнез заболевания**: считает себя больной на протяжении 2 недель, когда вечером поднялась температура до 38.5, появились катаральные явления, недомогание, слабость. Участковым педиатром был выставлен диагноз ОРВИ, лечилась амбулаторно, получала симптоматическую и макролиды. Состояние улучшилось, однако сохранялись жалобы на недомогание, слабость, боли в нижних конечностях, бледность кожных покровов. После появления геморрагической сыпи была направлена на стационарное лечение.

**Объективно**: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с землистым оттенком. На обоих предплечьях, локтевых сгибах, боковых поверхностях туловища мелкая геморрагическая сыпь. Дыхание через нос свободное, грудная клетка равномерно участвуют в акте дыхания, ЧД – 26 в минуту. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II ребро; левая – передняя подмышечная линия; правая – правый край грудины. Аускультативно «дующий» шум в IV-V м/р у левого края грудины и на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Язык чистый, влажный, розовый. Живот распластан. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, ежедневный. Область почек не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 96 г/л, RBC – 3,2х1012/л, WBC – 14,109/л, NEUT – 83%, EO – 1%, LYMPH – 10%, MON – 6%, СОЭ – 46 мм/час.

На ЭКГ нагрузка на миокард левого желудочка.

ЭхоКС: умеренная дилатация полости левого желудочка (на 5мм). Толщина миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки – в пределах возрастной нормы. Створки митрального клапана “разрыхлены”, утолщены, пролабируют в полость левого предсердия во время систолы до 5мм. На передней створке выявляются вегетации диаметром до 4мм. Другие сердечные клапаны не изменены. Показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики умеренно снижены.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | a | b | d | a |

**Тема 2**«Врожденные пороки сердца».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. ВПС, этиология и патогенез.
2. Классификация, основные клинические симптомы и принципы лечения ВПС.
3. Открытый артериальный проток, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
4. Дефект межпредсердной перегородки, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
5. Дефект межжелудочковой перегородки, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
6. Тетрада Фалло, определение, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
7. Коарктация аорты, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
8. Сердечная недостаточность, этиология, патогенез и классификация.
9. Острая сердечная недостаточность (синдром малого сердечного выброса), этиопатогенез, клиника и диагностика.
10. Застойная сердечная недостаточность, этиопатогенез, клиника и диагностика.
11. Лечение острой и хронической сердечной недостаточности.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Фетальные коммуникации.
2. Ударный объем крови.
3. Минутный объем крови.
4. Проба Шалкова.
5. Острый ревматический полиартрит.
6. Острый ревматический кардит.
7. Ревматическая хорея.
8. Анулярная эритема.
9. Пересмотренные критерии Джонса по ОРЛ.
10. Болезнь Кавасаки
11. Инфекционный эндокардит.
12. Гиподиастолия.

**Составить таблицы в рабочих тетрадях:**

1. Средняя частота пульса у детей разного возраста.
2. Границы сердечной тупости при перкуссии.
3. Рабочая классификация неревматических кардитов у детей.
4. Классификация бактериальных эндокардитов.
5. Пересмотренные критерии Джонса по ОРЛ.

**Написать рецепты**

1. Аспирин, таблетки 100 мг.
2. Бициллин-5, порошок для приготовления суспензии для в/м введения 1,2 млн. ЕД, флаконы
3. Азитромицин, таблетки по 500 мг.
4. Преднизолон, таблетки по 5 мг.

**Задания для отработки практических умений:**

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Врожденный порок сердца с цианозом:
2. транспозиция магистральных сосудов
3. коарктация аорты
4. стеноз устьев аорты
5. дефект межпредсердной перегородки
6. Для какого ВПС характерны отдышечно-цианотические приступы:
7. коарктация аорты
8. тетрада Фалло
9. стеноз устьев аорты
10. дефект межпредсердной перегородки
11. Наиболее распространенный ВПС:
12. дефект межжелудочковой перегородки
13. дефект межпредсердной перегородки
14. открытый артериальный проток
15. коарктация аорты
16. Облитерация артериального протока у 95% доношенных детей происходит к:
17. 5-8 минутам жизни
18. 5-8 дням жизни
19. 5-8 неделям жизни
20. 5-8 годам жизни
21. Врожденный порок, для которого характерен шум с punctum maximum во II-III межреберье слева от грудины:
22. дефекте межпредсердной перегородки
23. дефекте межжелудочковой перегородки
24. коарктации аорты
25. открытом артериальном протоке

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 8 месяцев

Поступил в стационар на обследование с жалобами (со слов мамы) на цианоз носогубного треугольника, плохую прибавку в массе тела.

**Анамнез жизни**: ребёнок от 1 беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 2990 г, длина - 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание грудное, прикорм по возрасту.

**Анамнез заболевания:** с первых дней жизни выслушивался систолический шум, отмечается цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве. За последние 6 месяцев отмечалась плохая прибавка в массе. Перенес ОРВИ 2 раза, пневмонию.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6500 г, длина – 66 см. Кожные покровы чистые, бледные. Цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус сохранен. Голова округлой формы. Большой родничок 0,5х0,5 см края плотные. Грудная клетка цилиндрической формы, в области грудины несколько выбухает. Перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, ЧД - 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 кнаружи от правой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ритмичные, систолический шум, короткий, негрубый во II-III межреберье слева от грудины. ЧСС - 140 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 128 г/л, RBC – 3,96х1012/л, WBC – 8,4х109/л, NEUT – 34%, LYMPH-60% MON – 6%, СОЭ – 4 мм/час.

БАК**:** PRO – 76 г/л, BIL – 18,5 мкмоль/л, Ca – 2,8 ммоль/л, P – 1,75 ммоль/л.

ОАМ**:** светло-желтая, прозрачная, рН – слабокислая, Р – 1014, лейкоциты – 1-3 в п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | c | b |

**Модуль N 4**. «Болезни органов пищеварения у детей»

**Тема 1**«Заболевания желудка и 12-перстной кишки у детей: язвенная болезнь».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Язвенная болезнь, этиология и патогенез.
2. Классификация язвенной болезни.
3. Основные клинические симптомы и синдромы язвенной болезни у детей.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика язвенной болезни у детей.
5. Лечение язвенной болезни у детей.
6. Профилактика и диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью.

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Классификация язвенной болезни у детей.
2. Эндоскопические стадии язвенной болезни у детей.

**Написать рецепты**

1. Мотилиум, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг.
2. Омепразол, капсулы 20 мг
3. Де-нол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
4. Кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 500 мг.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Полигенно наследуемое хроническое заболевание с образованием язв в желудке или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений называют:
2. свежая язва
3. острая язва
4. язвенная болезнь
5. вторичная язва
6. Заживление язвы в срок до одного месяца, ремиссия более года согласно классификации язвенной болезни у детей, по тяжести течения оценивается как:
7. легкое
8. средней тяжести
9. тяжелое
10. очень тяжелое
11. Эндоскопическая стадия язвы при язвенной болезни:
12. явная язва
13. фиброзная язва
14. начало эпителизации
15. хроническая язва
16. К средствам, снижающим агрессивные свойства желудочного сока относят:
17. спазмолитики
18. ингибиторы протонной помпы
19. антагонисты дофамина
20. синтетические простагландины
21. К средствам, повышающим защитные свойства слизистой оболочки относят:
22. спазмолитики
23. ингибиторы протонной помпы
24. антагонисты дофамина
25. синтетические простагландины

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка, 11 лет.

**Жалобы** на интенсивные, ноющие боли в эпигастральной области интенсивные, чаще перед едой или через 1,5-2 часа после еды, отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам, периодически приступы кашля, редкие боли за грудиной.

**Анамнез заболевания** больна с 10 лет, питается нерегулярно, часто всухомятку. В течение последнего года периодически беспокоят боли в животе, лечилась самостоятельно (ферменты, иногда антацидные препараты). Последнее ухудшение состояния в течение 2 месяцев, на фоне подготовки к концерту (учится в школе искусств) появились резкие боли в животе, отмечалась однократная рвота, нарушение стула.

**Анамнез жизни** ребенок от I срочных родов. Масса при рождении 3800гр. Вскармливание естественное до 3 месяцев, затем адаптированная смесь до 1 года. В весе прибавляла плохо, отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. До 3 лет неоднократно лечилась по поводу дисбактериоза кишечника. Девочка с 6 лет учится в гимназии, музыкальной школе, художественной студии.

**Генеалогический анамнез** отец девочки страдает хроническим гастритом, ГЭРБ.

**Объективно** общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 30 кг, рост 135 см. Кожные покровы умеренно бледные, периорбитальные тени. Зев спокойный. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, равномерно участвует в дыхании, несколько вздут. Поверхностная пальпация безболезненная, при глубокой пальпации значительная болезненность в эпигастральной области и справа от пупка. Симптомы Мерфи, Керра, Ортнера - отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стула не было в течение 2 суток.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 110 г/л, RBC – 3,0х1012/л, PLT– 250х109 /л, WBC – 9,5х109/л, NEUT – 58%, LYMPH – 39%, MON – 3%, EO – 0%, СОЭ – 10 мм/час.

БАК: PRO – 68 г/л, GLU -3,3 мкмоль/л, Fe – 14 мкмоль/л, BIL – 15,4 мкмоль/л,

ФЭГДС: пищевод свободно проходим, стенки эластичные, перистальтика симметричная, активная, слизистая гиперемирована, гладкая, блестящая. Z-линия четкая, кардия расположена типично, сомкнута, проходима, функционирует ритмично. В теле желудка слизистая гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. По задней стенке желудка округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. На дне язвы определяется эрозивные сосуды со сгустком крови, после удаления которого открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12 перстной выраженным отеком и гиперемией. кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой и конвергенции складок. Слизистая луковицы. рН – гиперацидность.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените данные обследования.

3. Поставьте клинический диагноз.

4. Составьте план ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром болевой абдоминальный: боль в животе, диспепсический: отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам; гиперсекреторный: склонность к запорам, боль в животе, густо обложенный язык; синдром мальабсорбции: снижение массы тыла, вздутый живот, плохой аппетит, неустойчивый стул.
2. В ОАК – снижение гемоглобина и эритроцитов, в БАК железо на нижней границе нормы; ФГДС – язва задней стенки желудка, признаки воспаления в желудке и 12 перстной кишки.
3. Впервые выявленная язвенная болезнь желудка, неосложненная, фаза обострения, фаза свежей язвы, с повышенной кислотообразующей функцией Нр позитивная.
4. Госпитализация, стол №1, лечение препаратами 1 линии: ИПП (4 недель) + амоксиклав+кларитромицин 14 дней; спазмолитики, антацидные препараты, контроль ФГДС через 8 недель.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| с | a | с | b | d |

**Модуль N5**. «Болезни почек у детей»

**Тема 1«**Анатомо-физиологические особенности системы мочевыделения. Пиелонефриты у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей.
2. Понятие о неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей.
3. Этиологические факторы в развитии пиелонефритов.
4. Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма) в развитии пиелонефритов.
5. Патогенез, классификация, клиника.
6. Зависимость клинических проявлений заболевания от типа пиелонефрита и возраста ребенка.
7. Диагностика, значение УЗИ почек для ранней диагностики. Показания к проведению рентгенологических исследований.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Лечение пиелонефрита, длительность антибактериальной терапии.
10. Исходы, осложнения, прогноз, профилактика.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Острый пиелонефрит.
2. Хронический пиелонефрит.
3. Первичный пиелонефрит.
4. Вторичный пиелонефрит.
5. Острый цистит.
6. Инфекция мочевых путей.
7. Проба Зимницкого.
8. Проба Реберга.
9. Вульвовагинит.
10. Обменная нефропатия.
11. Обструктивная нефропатия.
12. Рефлюкс нефропатия.
13. Нейрогенный мочевой пузырь.
14. Инфекция мочевыводящих путей

**Написать рецепты**

1. Канефрон, таблетки.
2. Невиграмон, таблетки.
3. Гентамицин, раствор для инъекций.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и в меньшей мере – интерстициальной ткани паренхимы и канальцев почек, называют:
2. апостоматозный нефрит
3. инфекция мочевыводящих путей
4. интерстициальный нефрит
5. пиелонефрит
6. Характерный рентгенологический признак везикоуретерального рефлюкса III степени при проведении цистографии:
7. контраст заполняет внешние неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки.
8. заброс контраста с умеренным расширением или поворотом мочеточника, умеренным расширением лоханки; рисунок чашечек сглаженный.
9. выраженное расширение или поворот мочеточника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек.
10. очень значительное расширение и поворот мочеточника, лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек.
11. Хроническим пиелонефрит диагностируют если клинические и (или) лабораторные признаки наблюдаются больше
12. 6 месяцев
13. 9 месяцев
14. 12 месяцев
15. 18 месяцев
16. Если период предшествующей ремиссии составил менее 3 недель профилактическую терапию проводят в течение:
17. 1 месяц
18. 3 месяцев
19. 12 месяцев
20. не проводят
21. Проба для количественной оценки элементов мочевого осадка:
22. проба Зимницкого
23. проба Нечепаренко
24. проба Реберга
25. проба Вельтмана

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка, 4 месяца

**Жалобы** (со слов мамы) на высокую температуру, рвоту, редкое мочеиспускание.

**Анамнез заболевания**: заболела 9 дней назад, отмечались катаральные явления, температура до 37,60С, получила симптоматическое лечение, с положительным эффектом, на 9 сутки состояние резко ухудшилось, вновь повысилась температура, появилась рвота, стала редко мочиться. Сделана рентгенограмма грудной клетки, исключена пневмония, направлен в инфекционный стационар.

**Анамнез жизни**: ребенок от II беременности, с угрозой прерывания в первом триместре, острого бронхита в третьем триместре, без антибактериальной терапии. Роды в срок, физиологичные, девочка родилась с массой - 3600 г, длиной - 52 см.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, температура 39,60. Масса тела - 5700 г, рост - 62 см. Кожные покровы бледные-розовые, горячие на ощупь. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 60 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 180 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации болезненный во всех отделах. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое, моча мутная. Стул 3-4 раза в сутки, кашицеобразный, желто-зеленого цвета.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 130 г/л, RBC – 4,3 х 1012/л, WBC – 28х109/л, NEUT – 64%, LYMPH – 20%, MON – 7%, EO – 1%, СОЭ – 25 мм/час.

БАК**:** PRO – 60 г/л, альбумины – 52%, СРБ – 9мг/л, ДФА – 0,32ЕД, CHOL – 4,2ммоль/л, UREA – 5,7 ммоль/л, CREAT – 73 мкмоль/л

Проба Ридберга – СКФ – 56 мл/мин, КР – 98 %.

ОАМ: количество - 150 мл, мутная, белок - 0,066%, лейкоциты 25-30 в п/з, соли-оксалаты сплошь, бактерии в большом количестве.

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам – E. Coli 100000 МЕ, чувствительная к амоксициллину, оксациллину, цефтриаксону.

УЗИ почек и мочевого пузыря: положение обычное, контуры четкие ровные, размеры: D - 50 х 23мм, L - 48 х 27мм. Повышена эхогенность паренхимы обеих почек. Лоцируются гипоэхогенные пирамидки. ЧЛС до и после микции не расширена. Мочеточники не расширены. Мочевой пузырь обычной формы, с четким ровным контуром. Наполнен слабо до 24 мл, содержимое однородное. Стенка не утолщена. После микции объем остаточной мочи - 2 мл (9%).

**Вопросы**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; дизурический: редкие мочеиспускания; интоксикационный: гипертермия, бледность; болевой: боли при пальпации живота.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки воспаления; в посеве мочи E. Coli; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, стол 7, обильное питье (морс клюква, брусника, почечный сбор), антибиотикотерапия по результатам посева мочи (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней);
4. Диспансеризация только для детей с хроническим пиелонефритом

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | b | c | c | b |

**Тема 2**«Гломерулонефрит у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Острый гломерулонефрит (ОГН), этиология и патогенез.
2. ОГН, классификация и основные клинические симптомы.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика ОГН.
4. Лечение, профилактика ОГН у детей.
5. Диспансерное наблюдение детей с ОГН.
6. Хронический гломерулонефрит, этиология и патогенез.
7. Классификация ХГН.
8. Основные клинические симптомы и синдромы ХГН у детей.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика ХГН у детей.
10. Лечение, профилактика и диспансерное наблюдение детей с ХГН.
11. Нефротический синдром, определение, основные клинические формы, особенности диагностики и лечения.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Олигурия.
2. Протеинурия.
3. Макро- и микрогематурия.
4. Цилиндрурия.
5. Эклампсия.
6. Проба Зимницкого.
7. Проба Аддиса-Каковского.
8. Проба Нечипоренко.
9. Проба Реберга.
10. Нефротический синдром.

**Составить таблицу в рабочих тетрадях**

Классификация первичных гломерулонефритов у детей.

**Написать рецепты**

1. Курантил, таблетки, покрытые пленочной оболочкой по 75 мг.
2. Гипотиазид, табл. 100 мг.
3. Преднизолон, табл. 5 мг.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Гломерулонефриты это
2. двухстороннее диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков.
3. циклическое иммунокомплексное заболевание почек с относительно быстрым течением, проявляющееся в типичных случаях триадой симптомов гематурией, отеками и гипертензией.
4. группа первичных гломерулопатий, характеризующихся персистирующими прогрессирующими иммуно-воспалительными, склеротическими и деструктивными поражениями нефронов с по следующим тубулоинтерстициальным склерозом и частым развитием ХПН.
5. двухстороннее аутоиммунное поражение клубочков почек со стойкой почечной недостаточностью, быстро развивающейся и стойко держащийся при обычной терапии с развитием терминальной уремии в сроки от нескольких недель до месяцев.
6. Возрастная группа детей наиболее подверженная острому гломерулонефриту:
7. 1-5 лет
8. 5-7 лет
9. 7-12 лет
10. 12-17 лет
11. К ренальным симптомам острого гломерулонефрита относится:
12. азотемия
13. интоксикация
14. отечный синдром
15. гипертензионный синдром
16. Диагноз быстропрогрессирующего гломерулонефрита ставят на основании данных:
17. клиники, специфических АТ к базальной мембране клубочков, результата биопсии.
18. глазное дно, артериального давления, УЗИ почек, анализов мочи, и крови: антистрептококковые АТ, креатинин, мочевина, общий белок.
19. УЗИ почек, анализов мочи, и крови: общий анализ, креатинин, мочевина, общий белок.
20. Морфологические формы хронического гломерулонефрита включает:
21. Типичный
22. Гематурический
23. Смешанный
24. Фибропластический

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 14 лет

**Жалобы** на головную боль, отеки на лице.

**Анамнез заболевания**: Болен неделю. 2 недели назад перенес обострение хронического тонзиллита, лечился амбулаторно – орошение зева раствором мирамистина. Затем родители заметили отеки век по утрам, появились головные боли. Обратились к врачу, и ребенок был направлен в стационар.

**Анамнез жизни**: Рос и развивался соответственно возрасту. С 6 лет страдает хроническим тонзиллитом, обострение 2 раза в год.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Масса тела 58 кг, длина - 164 см. Телосложения правильного. Кожа чистая, бледная, веки отечные. Пастозность голеней. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Зев спокойный. Миндалины увеличены, разрыхлены, с глубокими лакунами. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД - 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; правая - по правому краю грудины; верхняя - III межреберье. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД - 152/95 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 100 г/л, RBC – 3,3х1012/л, WBC – 6,7х109/л, NEUT – 67%, э – 4%, LYMPH – 25%, MON – 4%, СОЭ – 18 мм/час.

БАК**:** PRO – 68 г/л, альбумины – 40%, GLU – 3,7 ммоль/л, UREA – 5,8 ммоль/л, CREAT – 77 ммоль/л, CHOL – 5,2 ммоль/л, СРБ ++, АСЛ-О – 250 МЕ/мл (N <10 лет – не более 150 МЕ/мл).

Проба Реберга**:** клубочковая фильтрация – 80 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 99%,

ОАМ**:** количество 100 мл, pH - кислая, полупрозрачность, белок – 0,536%0, эритроциты – выщелоченные в большом количестве, лейкоциты - 1-2 в п/зр., цилиндры гиалиновые – единичные.

Копрограмма**:** мышечные волокна с исчерченностью – 0-1, жир нейтральный – незначительное количество, эпителий цилиндр. – 1-2.

Окулист**:** глазное дно среда прозрачная, вены расширены, артерии сужены.

Анализ мочи по Зимницкому**:** кол-во – 1200

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № порции | Относительная плотность | Количество мочи в литрах | Дневной диурез – 820 мл  Ночной диурез – 380 мл  Общий диурез – 1200 мл |
| 1 | 1010 | 120,0 |
| 2 | 1012 | 150,0 |
| 3 | 1013 | 190,0 |
| 4 | 1009 | 180,0 |
| 5 | 1008 | 180,0 |
| 6 | 1008 | 100,0 |
| 7 | 1010 | 80,0 |
| 8 | 1012 | 100,0 |

**Вопросы**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; отечный: пастозность голеней; гипертензионный: головная боль, повышение АД.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки поражения гломерулярного аппарата почки; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, диета с ограничением потребления соли, вода по предыдущему диурезу, ограничение белка, при снижении функции почек ниже 60 мл/мин постельный режим (АГ, отеки), антибиотикотерапия (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней), ингибиторы АПФ для снижения АД.
4. Диспансеризация в течение 1 года, при наличие хронического тонзиллита – бициллин 5 - 1 раз в 4 недели, анализ мочи через месяц, затем 1 раз в квартал.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | c | a | a | d |

**Модуль N6** «Поликлиническая педиатрия»

**Тема 1**«Организация амбулаторно-поликлинической помощи здоровым детям».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Организация педиатрической службы России
2. Определение групп здоровья детей
3. Профилактическая работа участкового врача
4. Определение групп риска новорожденных
5. Диспансеризация здоровых детей
6. Профилактика дефицитных состояний
7. Определение школьной зрелости
8. Основная документация детской поликлиники

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Диспансеризация
2. Перинатальные факторы риска
3. Патронаж
4. Группа риска новорожденных
5. 1 группа здоровья
6. 2 группа здоровья
7. 3 группа здоровья
8. 4 группа здоровья
9. 5 группа здоровья
10. профилактика
11. неспецифическая профилактика
12. форма 112/у
13. форма 126/у
14. тест Керна-Йерасика

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Оценка состояния здоровья ребенка
3. Составление плана наблюдения здорового ребенка
4. Составление рекомендаций для здорового ребенка

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Основной принцип оказания педиатрической помощи:
2. традиционность работы
3. динамичность оказание помощи
4. этапность оказания помощи
5. научно-исследовательская направленность
6. Первый дородовый патронаж проводят:
7. при постановке на учет в женской консультации
8. на 20 неделе беременности
9. на 32 неделе беременности
10. на 38 неделе беременности
11. Группы риска новорожденных включают:
12. простудных заболеваний
13. социальный риск
14. хронической патологии
15. неспецифический риск
16. Диспансеризация на третьем году жизни проводится 1 раз в:
17. месяц
18. 3 месяца
19. 6 месяцев
20. год
21. Основной медицинский документ ребенка на педиатрическом участке:
22. форме № 063/у
23. форма №030/у
24. форме № 026/у
25. форме № 112/у

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 7 дней.

**Анамнез жизни**: ребенок от 2 беременности (1-ая – мед аборт), на фоне гестоза (симптоматическое лечение), угрозы прерывания в 32 недели, без вредных привычек. Роды на 37 неделе, стремительные, оценка по Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на 2-е сутки (патология со стороны ЦНС), неонатальная желтуха с 3х суток.

**Вопросы:**

1. Используя таблицу риска по развитию патологии, оцените анамнез и поставьте группу риска.

**Образец решения**

1. Группа риска по патологии ЦНС, врожденным порокам развития (угроза прерывания, роды на 37 неделе, оценка по Апгар 7/8 баллов.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| с | a | b | а | d |

**Тема 2**«Организация амбулаторно-поликлинической помощи здоровым детям. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Специфическая профилактика
2. Вакцинация
3. Национальный календарь прививок
4. Состав вакцин
5. Противопоказания
6. Группы риска при активной иммунизации
7. Формирование иммунитета: первичный и вторичный иммунный ответ
8. Поствакцинальные реакции и осложнения
9. Противопоказания к вакцинации
10. Вакцинация особых групп
11. Временные противопоказания
12. Лечебно-диагностическая помощь детям
13. Диспансеризация детей, страдающих хроническими заболеваниями

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. вакцинация
2. форма 063/у
3. сертификат профилактических прививок ф156/у-93
4. живые вакцины
5. убитые вакцины
6. химические вакцины
7. анатоксин
8. первичный иммунный ответ
9. вторичный иммунный ответ
10. поствакцинальная реакция
11. местная прививочная реакция
12. общая прививочная реакция
13. поствакцинальные осложнения
14. первичный вызов
15. повторный вызов
16. активный вызов
17. форма 30/у

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Противопоказаний к прививкам
2. Принципы диспансеризации больных

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Оценка состояния больного ребенка
3. Составление плана наблюдения больного ребенка
4. Составление рекомендаций для больного ребенка

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Вариант вызова врача к больному на дом:
2. первичный
3. вторичный
4. третичный
5. пассивный
6. Больничный лист по уходу за ребенком выдается:
7. маме
8. папе
9. опекуну
10. любому члену семьи, ухаживающему за ребенком
11. В первые сутки здоровым новорожденному проводят вакцинацию против:
12. гепатита В
13. туберкулеза
14. дифтерии
15. столбняка
16. Диспансеризация детей с ревматизмом после 1 атаки проводят:
17. еженедельно в первый месяц
18. ежемесячно в первый квартал
19. один раз в квартал
20. один раз в полгода
21. Основной медицинский документ больного ребенка на диспансерном учете:
22. форме № 063/у
23. форма №030/у
24. форме № 026/у
25. форме № 112/у

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Ребенок 10 лет находился на лечении в кардиоревматологическом отделении детской больницы. Диагноз при выписке: Ревматизм, активная фаза, первичный эндомиокардит, полиартрит. Ребенок выписан в состоянии клинико-лабораторной ремиссии.

**Вопросы:**

1. Группа здоровья
2. Составьте план диспансерного наблюдения на ближайший год.

**Образец решения**

1. Группа здоровья III
2. Кардиолог ежеквартально, бициллинопрофилактика 600 000 МЕ ежемесячно, ЭХОКС ч/з 6 месяцев.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | d | a | b | d |

**Модуль N7**«Болезни органов дыхания у детей»**.**

**Тема 1**«Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Диагностика и лечение острых бронхитов у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Бронхиты, определение понятия, классификация.
2. Острый простой бронхит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Острый обструктивный бронхит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Острый бронхиолит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Рецидивирующий бронхит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
6. Рецидивирующий обструктивный бронхит, дифференциальная диагностика.
7. Хронический бронхит, классификация, критерии диагностики, лечение.
8. Хронический облитерирующий бронхиолит, клинические проявления, лечение.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Число дыхательных движений в минуту у новорожденного ребенка
   1. 18 – 20
   2. 20 - 25
   3. 30 – 35
   4. 40 – 60
2. Анатомо-физиологическими особенностями носа у детей раннего возраста являются:
   1. узкие и короткие носовые ходы;
   2. небогатая васкуляризация подслизистой;
   3. широкие носовые ходы;
   4. наличие кавернозного сплетения.
3. При трахеобронхите кашель сопровождается болями
   1. за грудиной
   2. в горле
   3. в боку
   4. в животе
4. При аускультации над легкими ослабление дыхания наблюдается при:
   1. значительном бронхоспазме, синдроме обструкции, вызванном отеком и скоплением слизи в просвете легких и экссудативном плеврите;
   2. поражении средних бронхов;
   3. поражении мелких бронхов;
   4. уплотнении легочной ткани;
5. В хронизации воспалительного процесса в бронхах играют роль:
   1. нарушение мукоцилиарного клиренса
   2. нарушение мукоцилиарного клиренса и снижение местного иммунитета
   3. снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран
   4. нарушение мукоцилиарного клиренса, снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Девочка, 5 месяцев

**Жалобы** на кашель, одышку.

**Анамнез жизни:** ребёнок от нормально протекавшей беременности, срочных родов, массой при рождении 3500 г., 50 см. длиной, на 7/9 баллов по Апгар. Естественное вскармливание до 1,5 месяцев, затем искусственное, с этого времени прибавляла в массе больше нормы. Социальный анамнез: семья полная, микроклимат доброжелательный. Материальные условия: удовлетворительные. Бытовые условия: удовлетворительные. Старший ребенок в семье 2 года посещает ДДУ, часто болеет респираторными заболеваниями (ларингитами). У мамы лекарственная и пищевая аллергия.

**Анамнез заболевания:** в 3-х месяца ребенок перенес ОРИ, получал симптоматическое лечение. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. Направлена на лечение в стационар.

**Объективно:** состояние тяжелое. Т 38,6°С. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧДД 64 в мин. Кожа обычной окраски, умеренной влажности, чистая. Дермографизм розовый. Слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев розовый, десны набухшие, болезненные при надавливании. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха. Границы сердца правая на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС 160 в мин. Язык розовый. Живот несколько вздут при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза кашицеобразный, желтый без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Масса 7150 кг, рост 63 см.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 118г/л, RBC – 4,3х1012/л, MCV – 80fl, MCH – 27pg, MCHC – 31g/l, RDV – 11,5%, PLT – 247х109/л, MPV – 8,3fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 5,4х109/л, NEUT – 31%, EO – 3%, MON – %, LYMPH – 58%, СОЭ – 15 мм/час.

ОАМ: цвет- желтый, прозрачная, рН-5,5, OП – 1005, белок – отрицательный, уробилин – отрицательный, ацетон – отрицательный, глюкоза – отрицательный, лейкоциты – 0-1-2 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь +

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое состояние диафрагмы.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Оцените данные обследования
4. Определите тактику ведения и лечения пациента.

**Образец решения**

1. Гипертермический: температура; бронхообструктивный: втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха; дыхательной недостаточности: синдром дыхательной недостаточности: периоральный цианоз, ЧД 64, ЧСС – 160 в минуту.
2. Бронхиолит, ДН 1-2 степени, Риск развития БА.
3. ОАК – лейкопения, ОАМ – без патологии.
4. Госпитализация, определение сатурации, респираторная поддержка (кислородотерапия), ПЦР на РС-вирус, антигипертермическая терапия (парацетамол, ибупрофен).

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | a | b | b | a |

**Тема 2 «**Диагностика острой пневмонии у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль

выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Пневмония, понятие определения.
2. Этиология и классификация острой пневмонии у детей.
3. Патогенез и диагностика острой пневмонии у детей.
4. Клинико-лабораторная характеристика дыхательной недостаточности при острой пневмонии.
5. Клиническая картина, лечение острой пневмонии у детей.
6. Клинические особенности пневмонии разной этиологии и рекомендуемая стартовая терапия.
7. Реабилитация и профилактика при острой пневмонии у детей.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. ЧДД в норме у ребенка 5 лет составляет:

1. 35 в минуту
2. 45 в минуту
3. 25 в минуту
4. 18-20 в минуту

2. Назовите наиболее частого возбудителя внебольничной пневмонии:

1. Mycoplasma pneumoniae
2. Streptococcus pneumonia
3. Chlamydia trachomatis
4. Herpes simplex.

3. Пневмонию, не разрешившуюся в сроки от 1,5 до 6 месяцев, классифицируют как:

1. Острая
2. Хроническая
3. Подострая
4. Затяжная

4. Для клинической картины дыхательной недостаточности 1 ст. характерно:

1. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
2. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
3. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
4. Одышка не характерна.

5. Что является «золотым стандартом» диагностики пневмонии?

1. Фибробронхоскопия
2. Компьютерная томография
3. Рентгенография
4. Спирометрия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Девочка, 9 лет.**

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Объясните патогенез возникновения ведущего клинического синдрома.
2. Поставьте предварительный диагноз согласно классификации.
3. Критерии пневмонии.
4. Составьте план обследования.

**Образец решения**

1. Наиболее частым путём проникновения микроорганизмов в лёгочную ткань является бронхогенный. Далее, при пневмонии любой этиологии, происходит фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол, распространение микроорганизмов за пределы респираторных бронхиол вызывает воспаление лёгочной ткани — пневмонию. За счёт нарушения бронхиальной проходимости возникают очаги ателектаза. Рефлекторно, с помощью кашля и чихания, организм пытается восстановить проходимость бронхов, но в результате происходит распространение инфекции на здоровые ткани, и образуются новые очаги пневмонии. Развивается кислородная недостаточность, дыхательная недостаточность, а в тяжёлых случаях и сердечная недостаточность.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Диагноз ВП может быть достоверным или вероятным. Достоверный диагноз ВП — выявление на рентгенограмме грудной клетки инфильтрации легочной ткани и наличие не менее 2 из нижеследующих критериев: 1) лихорадка выше 38 °С в течение 3 и более суток; 2) кашель с мокротой; 3) физикальные симптомы пневмонии; 4) лейкоцитоз >15×109 /л и/или число палочкоядерных нейтрофилов 10%. Вероятный диагноз ВП — наличие лихорадки, кашля и локальных физикальных симптомов пневмонии, но не проведена рентгенография грудной клетки.
4. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови общетерапевтический, рентгенограмму грудной клетки, общий анализ мочи; по показаниям: исследование физических свойств мокроты, бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, ЭКГ, пульсоксиметрия, томография легких.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | b | d | b | c |

**Тема 3**«Лечение острых пневмоний».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Современные методы лечения острых пневмоний у детей.
2. Этиологическое лечение пневмоний
3. Патогенетическое лечение пневмоний
4. Симптоматическое лечение пневмоний.
5. Профилактика и реабилитация детей с пневмонией.

**Задания для отработки практических умений**

1. Составление плана ведения пациента с пневмонией
2. Составление плана лечения пациентов с пневмонией
3. Составление алгоритма оказание неотложной помощи при пневмонии
4. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Какие антибиотики противопоказаны для детей?

1. Цефалоспорины
2. Аминогликозиды
3. В-лактамы
4. Фторхинолоны

2. Какие препараты устойчивы к пневмококку?

1. Макролиды
2. Аминогликозиды
3. Цефалоспорины
4. Пенициллины

3. Пневмонию, не разрешившуюся в сроки от 1,5 до 6 месяцев, классифицируют как:

1. Острая
2. Хроническая
3. Подострая
4. Затяжная

4. Для клинической картины дыхательной недостаточности 1 ст. характерно:

1. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
2. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
3. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
4. Одышка не характерна.

5. Что является «золотым стандартом» диагностики пневмонии?

1. Фибробронхоскопия
2. Компьютерная томография
3. Рентгенография
4. Спирометрия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Девочка, 9 лет.**

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 132 г/л, RBC – 4,2х1012/л, WBC – 17,8х109/л, NEUT – 87%, EO – 3%, LYMPH – 8%, MONO – 2%, СОЭ – 34 мм/час.

БАК – PRO – 60 г/л, BIL – 10,4 мкмоль/л.

ОАМ: кол-во 40 мл, реакция кислая, прозрачность - полная, удельный вес – 1018 белок – отрицательный, сахар – отрицательный, лейкоциты – 1-2 в п/зр., плоский эпителий – 3-4 в п/зр.

Копрограмма: оформленный, коричневый, слизи нет, мышечные волокна – 0-1, йодофильные бактерии – 0-1, простейшие – не обнаружены, я/глист – не обнаружены

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается затемнение в нижней доле левого легкого. Усиление легочного рисунка с обеих сторон

**Вопросы:**

1. Оцените лабораторные и инструментальные исследования.
2. Поставьте диагноз согласно классификации.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Прогноз заболевания.

**Образец решения:**

1. ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК – без особенностей. ОАМ - норма. Копрограмма – без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки – левосторонняя пневмония.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Режим больного c ВП — постельный с расширением после нормализации температуры тела. При быстром эффекте лечения перевод на общий режим допустим уже на 6–10 день болезни. Антибиотикотерапия: аминопенициллины, 45-90 мг/кг, 2-3 раза в сутки; длительность АБТ определяют тяжесть и течение заболевания, а также наличие фоновых заболеваний, при ВП, вызванной типичными бактериями длительность терапии обычно составляет 7–10 дней; Применение противовирусных препаратов показано при ВП вирусной этиологии (прежде всего гриппозной), а также на фоне ОРИ; симптоматическая терапия – инфузионная терапия показана пациентам с интоксикацией в объеме не более 40 мл/кг/сут под контролем диуреза, электролитов сыворотки крови, гематокрита, НПВС, муколитики, β-агонисты, антигистаминные препараты показаны только у детей с обострением атопических заболеваний на фоне ВП, назначение пробиотиков рекомендуется у пациентов с фоновыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта,
4. План диспансерного наблюдения включает наблюдение в течение 6 месяцев в медицинских организациях I уровня врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом) по месту жительства, по показаниям — пульмонологом. Клинический минимум (ОАК, ОАМ) 2 раза в год. Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3–4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенний период (2–3 недели). Немедикаментозная терапия: а) Физиотерапия (диатермия на область надпочечников, УФО общее и зональное). б) Массаж (грудной клетки, носа, общий массаж, массаж БАТ). в) ЛФК, дыхательная гимнастика (надувание воздушных шаров, выдувание мыльных пузырей, игра на трубе, флейте и др.). Группа закаливания II-III. Закаливающие процедуры разрешают через 1–2 месяца после заболевания. Группа для занятий физкультурой – подготовительная первые 6 месяцев после выписки, далее – основная. Большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель при нетяжелой и 12 недель после осложненной пневмонии. Вакцинация - профилактические прививки разрешаются через 1–2 месяца после выздоровления в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания. Плановая вакцинация проводится после выздоровления. Возобновление закаливания возможно через 2–3 недели после нормализации температуры, занятия спортом допустимы через 6–12 недели после выздоровления (в зависимости от тяжести пневмонии). Специфическая профилактика ВП включает иммунизацию против пневмококковой и гемофильной инфекции, гриппа, а также против коклюша, кори и РС-инфекции.
5. Благоприятный.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | b | d | b | c |

**Тема 4 «**Диагностика бронхиальной астмы у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Бронхиальная астма, определение понятия.
2. Этиология, внутренние и внешние факторы, предрасполагающие к развитию БА.
3. Факторы, провоцирующие обострение БА или способствующие сохранению симптомов - триггеры.
4. Патогенез бронхиальной астмы у детей.
5. Классификация бронхиальной астмы по тяжести/персистенции, по периодам болезни, по уровню контроля.
6. Оценка тяжести обострения бронхиальной астмы у детей.
7. Диагностика астмы у детей.
8. Дифференциальная диагностика и лечение бронхиальной астмы
9. Особенности клиники бронхиальной астмы в возрастном аспекте.
10. Базисная терапия БА у детей.
11. Ступенчатый подход к базисной противовоспалительной терапии БА у детей.
12. Профилактика и прогноз бронхиальной астмы.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Бронхиальная астма – это заболевание, развивающееся на основе:
   1. хронического аллергического воспаления бронхов
   2. хронического бактериального воспаления бронхов
   3. хронического вирусного воспаления бронхов
   4. гипореактивности бронхов
2. Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у детей от 1 года до 3-х лет является аллергия:
   1. пищевая
   2. бытовая, эпидермальная, грибковая
   3. пыльцевая
   4. лекарственная
3. Возможна следующая этиопатогенетическая форма бронхиальной астмы:
   1. аспириновая
   2. гемолитическая
   3. химическая
   4. бытовая
4. Обструкция воздухоносных путей при бронхиальной астме обусловлена
   1. спазмом гладкой мускулатуры бронхов.
   2. спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отеком гладкой мускулатуры бронхов, дискринией, гиперкинией.
   3. отеком слизистой бронхов и дискринией.
   4. механической обструкцией бронхов в результате скопления слизи.
5. Что не нужно включать в план обследования ребенка с бронхиальной астмой?
   1. определение серомукоида, титров АСГ, АСЛО
   2. кожно-аллергические пробы
   3. спирометрия
   4. пневмотахиметрия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Ребенок, 12 лет

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребёнок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика средней тяжести, речь, физическая активность сохранена. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, вздута, ригидная. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие свистящие хрипы по всем легочным полям. ЧД - 30 в минуту. SaO2 - 96%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Выделите основные симптомы заболевания.
2. Выделите факторы, предрасполагающие к развитию заболевания.
3. Назовите факторы, вызывающие обострение заболевания (триггеры).
4. Поставьте диагноз согласно классификации.
5. Какие изменения лежат в основе проявления болезни.

**Образец решения:**

1. кашель, приступы одышки.

2. отягощенный аллергоанамнез по БА, искусственной вскармливание с 2 мес., «атопический марш» с 3 месяцев.

3. употребления яиц, молока, контакт с домашней пылью, библиотечной пылью, шерстью собаки и кошки.

4. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ легкой степени.

5. отек слизистой, гиперсекреция слизи, бронхоспазм.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | b | a |

**Тема 5**«Лечение бронхиальной астме у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Фармакотерапия острого периода бронхиальной астмы.
2. Лечение сопутствующих заболеваний при бронхиальной астме.
3. Аллергенспецифическая иммунотерапия при бронхиальной астме.
4. Реабилитация и обучение пациентов при бронхиальной астме.
5. Лечение острого приступа бронхиальной астмы у детей.
6. Лечение среднетяжелого и тяжелого приступа при бронхиальной астме у детей.
7. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей
8. Препараты базисной терапии бронхиальной астмы.
9. Ступенчатый подход к базисной противовоспалительной терапии бронхиальной астмы у детей.
10. Выбор устройства для ингаляции у детей.
11. Профилактика бронхиальной астмы у детей. Первичная, вторичная, третичная.

**Задания для отработки практических умений**

1. Составление плана ведения пациента с бронхиальной астмой
2. Составление плана лечения пациентов с обострением бронхиальной астмой
3. Составление алгоритма оказание неотложной помощи при приступе
4. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Для респираторного аллергоза характерны:
   1. упорный, навязчивый, преимущественно ночной кашель
   2. высокая температура
   3. температура нормальная или субфебрильная
   4. стойкость физикальных явлений в легких
   5. варьирующие изо дня в день физикальные данные
2. При обструктивном синдроме применяются:
   1. бронхоспазмолитики
   2. глюкокортикоиды
   3. муколитики
   4. десенсибилизирующие средства
   5. отхаркивающие средства
3. Клинические признаки острого обструкции:
   1. экспираторная одышка
   2. бронхиальное дыхание
   3. коробочный перкуторный звук
   4. сухие хрипы на выдохе
   5. выраженная ДН
4. Назовите адреномиметик длительного действия
   1. сальбутамол
   2. фенотерол
   3. формотерол
   4. беротек
5. Какие препараты следует использовать в лечении тяжелого приступа бронхиальной астмы:
   1. седативные средства
   2. антигистаминные препараты 1 поколения
   3. муколитики
   4. В2-агонисты короткого действия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Ребенок, 12 лет

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребёнок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика тяжелое, свистящее дыхание слышно на расстояние, экспираторная одышка 36 в минуту, речь отдельными фразами, ребенок в вынужденном положение с наклоненном туловищем. SaO2- 93%. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка вздута, ригидная. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие, свистящие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Каков алгоритм оказания неотложных мероприятий при данном состоянии
3. Перечень исследования для подтверждения диагноза
4. Какова базисная терапия после ликвидации угрожаемого жизни состояния
5. Какова терапия приступа БА

**Образец решения:**

1. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ средней степени тяжести.

2. при приступе средней степени: ингаляция аэрозоля сальбутамола или раствор беродуала через небулайзер, будесонида 1 мг, кислородотерапия.

3. ОАК, БАК: общий JgE; рентгенограмма грудной клетки, ФВД.

4. гипоаллергенный быт, гипоаллергенная диета, базисная терапия 3 ступени: топические ИГКС, курсом 3 месяца, ведение дневника ПСВ.

5. терапия приступа зависит от степени тяжести приступа и включает применение β2-агонистов, топических ИГКС, оксигенотерапию.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | a | a | c | d |

**Тема 6** Итоговое занятие по модулю **«**Болезни органов дыхания у детей»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

Собеседование по проекту «Эпикриз»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Составление эпикриз по следующей схеме**

1. Паспортная часть

ФИО больного, дата рождения (возраст) дата поступления, отделение.

1. Клинический диагноз:

* основной
* сопутствующий
* осложнения

1. Жалобы: на момент поступления
2. Анамнез заболевания: характеристику течения болезни, отмеченные вами особенности необходимые для обоснования диагноза
3. Анамнез жизни: сведения о ребенке необходимые для подтверждения диагноза
4. Данные объективного осмотра на момент поступления

* ЧСС, ЧДД, АД, Температура, вес, рост
* Осмотр, по системам расширенный (более подробно систему с поражением у ребёнка)

1. Локальный статус: при кожно-патологическом процессе.
2. Данные обследования с оценкой отклонений
3. Лечение данного больного: по основному и сопутствующему заболеванию, с указанием препарата по латыни и сигнатуры

* Стол
* Режим
* Медикаментозное лечение
* Физиотерапия, массаж, ЛФК

1. Исход: на фоне проводимой терапии выздоровление, улучшение, ухудшение

* Рекомендации:
* Д наблюдение
* Стол
* Режим
* Медикаментозное лечение

1. Оздоровление
2. Список использованной литературы

**Вопросы для подготовки к защите эпикриза:**

1. Диагностика в детской пульмонологии
2. Диетотерапия детей с различными видами заболеваний легких
3. Режимы для детей страдающие патологией органов дыхания
4. Медикаментозная терапия заболеваний дыхательных путей
5. Немедикаментозное лечение детей с патологией органов дыхания
6. Диспансеризация детей с заболеваниями дыхательных путей
7. Реабилитация пациентов с хронической патологией дыхательных путей

**Модуль N8** «Болезни эндокринной системы у детей»

**Тема 1**«Особенности сахарного диабета у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Сахарный диабет, определение понятия.
2. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета у детей.
3. Особенности течения инсулинозависимого сахарного диабета у детей, диабетический кетоацидоз.
4. Течение, осложнение сахарного диабета.
5. Методы диагностики сахарного диабета у детей
6. Дифференциальный диагностика и лечение сахарного диабета.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Характерным клиническим признаком для сахарного диабета является
   1. гипогликемия
   2. глюкозурия
   3. гипокетонемия
   4. олигурия
2. Симптомом характерный для гипогликемической комы является
   1. широкие зрачки
   2. влажная и холодная кожа
   3. гипертонус мышц
   4. гликемия более 7,8 ммоль/л
   5. запах ацетона в выдыхаемом воздухе
3. У больных сахарным диабетом процесс депонирования гликогена в печени:
   1. повышен
   2. не изменен
   3. снижен
4. Критериями сахарного диабета является
   1. характерные симптомы и случайно выявление глюкозы плазмы выше 11,1 ммоль/л
   2. характерные симптомы и случайно выявление глюкозы плазмы от 11,1 до 7,8 ммоль/л
   3. характерные симптомы и случайно выявление глюкозы плазмы от 7,8 до 6,3 ммоль/л
5. Инсулин короткого действия по сравнению с пролонгированными инсулинами действует:
   1. быстрее и более продолжительно
   2. быстрее и менее продолжительно
   3. медленнее и более продолжительно
   4. медленнее и менее продолжительно

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 12 лет

Поступил в стационар с жалобами на жажду и сухость во рту, похудание, тошноту, обильное мочеиспускание.

**Анамнез заболевания:** болен сахарным диабетом с 6 летнего возраста, находится на заместительной терапии инсулином (короткого и продленного действия) в суточной дозе 20 ед. ухудшение состояния отмечаются в течение недели.

**Объективно при поступлении:** Состояние тяжелое. Сознание сохранено, но ребенок заторможен, на вопросы отвечает с задержкой. Отмечается запах ацетона изо рта, сухость кожи, слизистых. Подкожно жировая клетчатка слабо выражена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС - 100 в минуту, АД – 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная, печень на 1 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускания свободные, безболезненное. Диурез 2800мл в сутки. Антропометрия: рост 148 см, масса 38 кг.

Половое развитие: Р-2, А-1, V-0, L-0, F-0.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 120 г/л, RBC – 3,5 х 1012/л, PLT – 230 х 109/л, WBC – 10,6х109/л, LEUK – 58%, LYMPH – 38%, MONO – 3%. EO – 1%, СОЭ – 26 мм/час.

Сахар крови – 17 ммоль/л.

БАК**:** PRO – 71г/л, UREA – 3,7 ммоль/л, CREAT – 47 ммоль/л.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, сахар - 3%, ацетон резко положительный (++++), белок - отсутствует, эпителий – 1 - 2 в п/з, лейкоциты – 1-2, п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте клинический диагноз согласно классификации
4. Определите тактику ведения пациента

**Образец решения**

1. Гипергликемический синдром: жажда, полиурия, похудание, сухость кожи и слизистых; синдром кетоацидоза: спутанность сознания, вялость, слабость, снижение давления, тахикардия, тахипноэ, тошнота, запах ацетона изо рта, боли в животе.
2. В ОАК – ускорение СОЭ, сахар крови высокий, в ОАМ глюкозурия, ацетон.
3. Сахарный диабет 1 типа, осложненный кетоаидозом, прекоматозное состояние, стаж заболевания 6 лет.
4. Госпитализация в эндокринологический стационар, ПИТ, дезинтоксикационная терапия.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | b | c | a | b |

**Тема 2**«Болезни щитовидной железы у детей. Гипотиреоз. Гипертиреоз».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Гипотиреоз, определение понятия.
2. Этиология, патогенез и классификация гипотиреоза у детей.
3. Клиническая картина гипотиреоза у детей.
4. Дифференциальная диагностика и лечение гипотиреоза у детей.
5. Гипертиреоз, определение понятия.
6. Этиология, патогенез и классификация гипертиреоза у детей.
7. Клиническая картина и диагностика гипотиреоза у детей.
8. Дифференциальная диагностика и лечение гипотиреоза у детей.
9. Диспансерное наблюдение детей при гипотиреозе и гипертиреозе.

**Задания для отработки практических умений:**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. При первичном гипотиреозе наблюдаются следующие изменения уровня гормонов щитовидной железы:

1. тироксин (Т4), трийодтиронина (Т3) и ТТГ (тиреотропный гормон) повышены
2. Т4 и Т3 повышен, ТТГ снижен
3. Т4 и Т3 снижены, ТТГ повышен
4. Т4, Т3, ТТГ снижены

2. Психомоторное развитие при гипотиреозе

1. не изменяется
2. ускоряется
3. замедляется

3. Характерным клиническим проявлением гипертиреоза является:

1. мышечная гипотония
2. отставания психомоторного развития
3. сухость кожи и волос
4. тахикардия
5. брадикардия

4. При пальпации щитовидной железы следует попросить ребенка: и по просьбе врача делать глотательные движения

1. произвести полное разгибание шеи
2. задержать дыхание и по просьбе врача делать глотательные движения
3. повернуть голову сначала в одну, а затем в другую сторону
4. сидеть ровно и по просьбе врача делать глотательные движения

5. Характерным клиническим проявлением гипотиреоза является:

1. снижение массы тела
2. повышенная раздражительность
3. запоры
4. стойкая тахикардия
5. повышенная потливость

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 5-дней.

**Анамнез жизни:** ребенок от 2 - й беременности, 1 срочных родов, масса тела при рождении 4250 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

**Объективно:** температура - 35,8°С. Состояние удовлетворительное. При осмотре спокоен, не плачет, иногда засыпает. Пропорционального телосложения. Голова округлая, окружность - 36 см, большой родничок 3х3 см, малый родничок открыт - 0,6 см. Кожа прохладная, бледная с мраморным рисунком.  Выявлено вздутие живота, пупочная грыжа, отек мошонки. В неврологическом статусе генерализованная гипотония и гипорефлексия. Частота дыхания составляет 36 в минуту. Аускультация грудной клетки: дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены и ритмичны, с ЧСС 100 ударов в минуту. Печень не увеличена (+1,5 см).  Живот мягкий при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное. Стул один раз в сутки кашицеобразный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите основные симптомы.
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение ребенку.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | c | d | d | c |

**Модуль N9** «Детские инфекции»

**Тема 1**«Детские инфекции. Корь. Скарлатина».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль

выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Корь, определение понятия. Возбудитель.
2. Эпидемиология и патогенез кори.
3. Классификация кори.
4. Клиническая картина, лабораторная диагностика кори.
5. Противоэпидемические мероприятия и иммунизация кори.
6. Скарлатина, определение понятия. Возбудитель.
7. Эпидемиология и патогенез скарлатины.
8. Классификация скарлатины.
9. Клиническая картина, лабораторная диагностика скарлатины.
10. Критерии выздоровления при скарлатине.
11. Противоэпидемические мероприятия при скарлатине.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Какие симптомы не характерны для скарлатины?
   1. яркая гиперемия зева
   2. «малиновый язык»
   3. мелкоточечная сыпь
   4. фебрильная температура
   5. локализованные хрипы в легких
2. Для ранних проявлений кори характерно:
   1. диспептические явления
   2. положительный симптом Пастернацкого
   3. менингеальный симптомокомплекс
   4. пятна Бельского–Филатова - Коплика на слизистой полости рта
   5. фолликулярная ангина
3. Как следует поступить с детьми, не привитыми против кори, в очаге инфекции?
   1. Назначить антибиотики
   2. Назначить интерферон
   3. Вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным
   4. Ввести противокоревой иммуноглобулин на 14-й день после контакта
   5. 3 раза в день измерять температуру тела
4. Раннее осложнение скарлатины:
   1. Полиартрит
   2. Гнойный лимфаденит
   3. Менингит
   4. Конъюнктивит
   5. Аппендицит
5. Продолжительность инкубационного периода при кори:
   1. 2-5 дней
   2. 2 недели
   3. 15-21 день
   4. 9-17 дней

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Мальчик, 1 год 8 месяцев**

**Жалобы** на повышение температуры до 38о, грубый кашель, изменение голоса, насморк, беспокойство ребенка.

**Анамнез заболевания:** ребёнок болен 4 дня. Заболевание началось с кашля, насморка, слезотечения. Затем состояние ухудшилось. Температура повысилась до 38о, кашель стал грубым, лающим, голос изменился, стал хриплым. В лечении получал тепловые процедуры, капли в нос, отхаркивающую микстуру. На 4 день заболевания состояние ухудшилось.

**Анамнез жизни:** родился от III беременности, III родов. Часто болел ОРЗ и страдает экссудативно-катаральным диатезом. АДС - М получил трехкратно. Других прививок не получал. Сестры 5,6 лет здоровы, обе получили все профилактические прививки, посещают детский сад.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, беспокойный. Кожные покровы бледноваты, цианоз носогубного треугольника. Лицо одутловатое, из носа серозное отделяемое. В зеве разлитая гиперемия, на слизистой мягкого и твердого неба красные правильной формы пятна величиной 0,3х0,5 см. На слизистой оболочке боковой поверхности щек имеются белесоватые пятнышки величиной с просяное зерно. За ушами, на коже лба папулезная единичная сыпь. Периферические лимфоузлы до 2 cм. Дыхание через нос затруднено. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, надключичных, подключичных ямок, межреберных мышц одышка на вдохе, выслушиваются сухие хрипы. Перкуторный звук с коробочным оттенком, ЧД 38/мин. Область сердца не изменена. Границы относительно сердечной тупости в пределах возможной нормы. Тоны средней громкости, учащены, пульс 140/мин. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень у реберной дуги, стул оформленный. Мочевыделительная система без видимой патологии, мочится свободно. Сознание сохранено менингеальных симптомов нет.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 132 g/L, RBC – 4,0х1012/ L, WBC – 14,9×109/L, NEUT – 70%, LYMPH – 20%, MONO – 10%, СОЭ – 28 мм/час

ОАМ: Удельный вес 1019, лейкоциты – 6-8 в поле зрения, эритроциты – отрицательные, белок - 0,033%.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы болезни.
3. Оцените анализы.
4. Определите тяжесть заболевания.
5. Объясните патогенетически основные симптомы болезни.
6. Провести дифференциальный диагноз.
7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
8. Нужна ли госпитализация данному больному и почему?
9. Назначьте лечение и противоэпидемические мероприятия.
10. Как поступить с сестрами? Существуют ли средства активной профилактики данного заболевания. Если да, то в какие сроки проводятся?

**Образец решения:**

1. Корь, тяжелая, период высыпаний, осложненная ложным крупом II степени.

2. Интоксикация. Сыпь. Катаральный ларингит со стенозом гортани;

3. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорена СОЭ.

4. Тяжелая корь: выражена интоксикация, имеется осложнение.

5. Очаговый неспецифический воспалительный процесс в верхних слоях кожи. Поражение бронхов и бронхиол с вовлечением всей толщи бронхиальной стенки. ЦНС – расстройство мозгового кровообращения. Снижение иммунной защиты.

6. С вирусным ларингитом, С дифтерией гортани, скарлатиной, краснухой, лекарственной сыпью.

7. Пневмонии. Отиты. Энцефалиты. Поздние менингиты из-за вторичной инфекции.

8. Да. Ранний возраст. Наличие осложнения.

9. – гидрокортизон (преднизолон)

- антигистаминные

- 2 антибиотика

- γ – глобулин 3,0 в/м (до 6 дня болезни)

- туалет слизистых

- проветривание помещения

10. Изоляция ребенка в инфекционной больнице. Проветривание.

10. На привитых детей карантин не распространяется.

11. Да. В 12-18 мес. прививки живой коревой вакциной.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| e | d | c | b | d |

**Тема 2**«Менингококковая инфекция. Дифтерия».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Менингококковая инфекция, определение понятия. Возбудитель.
2. Эпидемиология и патогенез менингококковой инфекции.
3. Классификация менингококковой инфекции.
4. Клиническая картина. Менингококцемия, менингококковый менингит.
5. Лабораторная диагностика, лечение менингококковой инфекции.
6. Критерии выздоровления при менингококковой инфекции
7. Противоэпидемические мероприятия и вакцинация при менингококковой инфекции.
8. Дифтерия, определение понятия. Возбудитель.
9. Эпидемиология и патогенез дифтерии.
10. Классификация дифтерии.
11. Клиническая картина дифтерии.
12. Лабораторная диагностика, лечение дифтерии.
13. Критерии выздоровления при дифтерии.
14. Противоэпидемические мероприятия и иммунизация при дифтерии.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1.Что не является признаком дифтерии ротоглотки, токсической формы:

1. Распространение налетов за пределы миндалин.
2. Отек в зеве.
3. Резкая болезненность в горле (тризм).
4. Отек подкожной клетчатки шеи (бычья шея).

2. К патогенезу менингококковой инфекции не относится:

1. Входные ворота - ЖКТ
2. Входные ворота - носоглотка
3. Менингококковый эндотоксин - сильный сосудистый яд
4. Возникают кровоизлияния в кожу и внутренние органы

3. Какие осложнения наиболее характерны для дифтерии ротоглотки?

1. Миокардит
2. Пневмония
3. Нефроз
4. Тонзиллит

4. Какие осложнения не типичны для токсической дифтерии?

1. Миокардит.
2. Полирадикулоневрит
3. Инфекционно-токсический шок.
4. Геморрагический синдром.

5. К симптомам менингококкового менингита не относится:

1. Боли в суставах
2. Положительные менингеальные знаки
3. Повышение температуры
4. Головная боль

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка 14 лет

При поступлении в инфекционную больницу жалобы на изменение голоса, поперхивание при приеме пищи и питье, нарушение зрения, общую слабость, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания:** заболевание началось за 10 дней до поступления в инфекционную больницу с повышением температуры тела до 38о и неприятных ощущений в горле. После обращения к врачу по поводу лакунарной ангины она лечилась дома. Состояние оставалось тяжелым, лихорадила. На 8 день болезни появилась отечность шеи, на миндалинах сохранялись налеты. На 9 день болезни у девочки изменился голос, появилось поперхивание при приеме пищи и питья, причем нередко жидкая пища выливалась через нос. Одновременно девочка обратила внимание на ухудшение зрения - предметы она стала видеть нечетко, а чтение стало совершенно невозможным. После осмотра отоларингологом направлена в инфекционную больницу.

**Объективно:** состояние при поступлении тяжелое, t 38,7о. Кожные покровы бледные, чистые. Голос гнусавый, с носовым оттенком. Сохраняется отечность подкожной клетчатки шеи до I шейной складки. Из-за отечности л/узлы не пальпируются. В зеве на миндалинах, дужках, мягком небе трудноотделяемые налеты, окруженные венчиком венозной гиперемии. Отмечается свисание небной занавески. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24/мин Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. ЧСС 106/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 140 g/L, RBC – 4,0x1012/L, WBC – 18,0×109/L, NEUT – 77%, LYMPH – 18%, MONO – 4%, СОЭ – 18 мм/час

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Какими морфологическими изменениями могут быть объяснены выявленные изменения в зеве?

3.Чем можно объяснить нарушения в глотании и зрения у пациента?

1. Каков их механизм развития и прогноз?
2. Оцените ОАК
3. Назначьте лечение
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий
5. Какие существуют меры активной профилактики данного заболевания?

**Образец решения:**

1. Токсическая дифтерия ротоглотки I степени, осложнения – паралич ЧМН (языкоглоточного и паралич аккомодации).
2. Фибринозное воспаление.
3. Паралич n. oculo-motorius и glosso-pharyngeus.
4. Поражение шванновской и миелиновых оболочек. Прогноз благоприятный.
5. Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. Ускоренная СОЭ.
6. Противодифтерийный анатоксин, антибиотик, витамины, дезинтоксикация, антигистаминные препараты, гормоны.
7. Изоляция больного в инфекционную больницу до клинического выздоровления и отрицательного посева на BL. Контактирующих в течение 14 дней – обследование на бактерионосительство (мазок на BL).
8. АКДС.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | a | a | d | a |

**Тема 3 «**Кишечные инфекции у детей. Эксикозы в детском возрасте».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Острые кишечные инфекции, определение понятия.
2. Этиология кишечных инфекций у детей.
3. Эпидемиология кишечных инфекций у детей.
4. Патогенез кишечных инфекций у детей.
5. Классификация диарей при кишечных инфекциях у детей.
6. Классификация острых кишечных инфекций у детей.
7. Клиническая картина при кишечных инфекциях у детей.
8. Оценка тяжести дегидратации у детей раннего возраста.
9. Диагноз и дифференциальная диагностика кишечных инфекций у детей.
10. Лечение кишечных инфекций у детей.
11. Основные критерии выздоровления.
12. Профилактика и диспансерное наблюдение.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Какой инфузионный раствор следует назначить при изотоническом эксикозе?

1. Плазма.
2. Кровь.
3. Глюкозо-солевой раствор.
4. 20% раствор глюкозы.
5. Физиологический раствор.

2. Осмотрев 2-х летнего ребенка, кашляющего в течение 3-х недель, врач заподозрил коклюш по каким симптомам?

1. Цианоз носогубного треугольника.
2. Проявление экссудативного диатеза на коже.
3. Температура 39? С.
4. Рассеянные сухие хрипы в легких.
5. Кровоизлияния в склеру и язвочка на уздечке языка.

3. При тяжелом течении коклюша у грудного ребенка в терапию необходимо включить:

1. Оксациллин.
2. Гидрокортизон.
3. Отхаркивающую микстуру.
4. ЛФК.
5. Пребывание на свежем воздухе

4. Какие меры целесообразны в целях профилактики у ребенка 1-го месяца при заболевании старшего брата коклюшем?

1. Назначить пенициллин.
2. Срочно вакцинировать.
3. Изолировать.
4. Ввести противококлюшевый иммуноглобулин.
5. Интраназально закапать интерферон.

5. Какие симптомы характерны для эксикоза 1-й степени?

1. Олигурия.
2. Жажда, сухость слизистых.
3. Адинамия
4. Гемодинамические расстройства
5. Судороги

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 1,5 лет

**Жалобы** на жидкий стул, рвоту, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания:** болен 2 дня. Мама связывает заболевание с употреблением немытого винограда. Заболевание началось с болей в животе, повышения температуры тела до 37,80 и разжиженного стула. В первые сутки стул был 4 раза, во вторые сутки - 8 раз. Стул сначала сохранял каловый характер, затем в нем появились слизь и прожилки крови. 2 раза отмечалась рвота. Вызванный к ребенку участковый врач, направил его в инфекционную больницу.

**Анамнез жизни:** ребенок от первой беременности, срочных родов. Масса при рождении 3800г. скармливался грудью до одного года. До настоящего времени рос здоровым, ничем не болел. Все профилактические прививки получил в срок. До заболевания масса-13200г.

**Объективно:** масса 12 кг, длина 80 см. Температура тела 38,20. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. При осмотре капризничает. Кожные покровы чистые, суховатые, бледные. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание жесткое 32 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные с ЧСС 130 в мин. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая ротовой полости сухая. Живот вздут, болезненный при пальпации в области пупка и в левой подвздошной области. Пальпируется болезненная и спазмированная сигмовидная кишка. При осмотре ребенок попросился на горшок. Во время дефекации плакал, сильно тужился и краснел. Выделил небольшое количество мутной слизи с прожилками крови. Мочится редко.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Ваш предполагаемый диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Оцените ОАК, копрограмму.

5. Какие морфологические изменения в кишечнике вы предполагаете?

6. Имеются ли у данного ребенка нарушения водно-электролитного баланса?

7. Назначить лечение.

8. Составьте план противоэпидемического мероприятия. Что, по-вашему мнению, привело к заболеванию.

9. Когда возможна выписка из стационара данного больного?

**Образец решения:**

1. Синдром гастроэнтероколита, дегидратации
2. Дизентерия, тяжелая, гастроинтестинальная форма с преобладанием местных симптомов. Эксикоз 1 ст.
3. РПГА, РНГА, РА, экспресс- ПМЛА (прямой метод люминесцентных антител), РУА (р-я угольной агломерации), посев. В ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. Копрограмма: гемоколит - слизь, лей, эритроциты.
4. Гастроэнтероколит. Наибольшие изменения в толстой кишке – до язвенного процесса.
5. Имеются - 5%
6. Дезинтоксикационная терапия (регидратация- обильное питье, сорбенты), щадящая механическая и химическая пища, кишечный антисептик 7 дней, симптоматически – спазмолитики, ферменты, пробиотик.
7. Изоляция - госпитализация больного. Дезинфекция в очаге. Обследование и наблюдение за контактными 7 дней. Источник инфекции – немытый виноград. В очаге-дизентерийный бактериофаг.
8. После клинического выздоровления через 2 дня после отмены антибиотиков – посев кала.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | e | b | b | b |

**Модуль N10** «Неонатология»

**Тема 1**«Новорожденный ребенок. Недоношенные дети».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Оказание базовой медицинской помощи новорожденному родильном зале и послеродовом отделении (клинические рекомендации).
2. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах внутриутробного развития плода.
3. Критерии доношенности, недоношенности, переношенности, живорожденности и жизнеспособности.
4. Ранняя неонатальная адаптация, метаболические и клинические аспекты. Физиологические (пограничные) состояния адаптационного периода, клинико-физиологическое обоснование.
5. Мероприятия по профилактике и коррекции переходных состояний.
6. Недоношенный ребенок: причины.
7. Оценка морфофункциональной зрелости по шкале Боллард.
8. Принципы выхаживания и вскармливания недоношенных на 1 и 2 этапах выхаживания.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Доношенный новорожденный - это ребенок, родившийся при сроке беременности
   1. менее 37 недель
   2. 37-42 недель
   3. более 42 недель
2. Низкая масса тела при рождении - это масса тела независимо от срока гестации
   1. менее 1000 г.
   2. от 1000 г до 1500 г.
   3. от 1500 г до 2500 г.
   4. от 2500 г до 3000 г.
3. Вторая степень максимальной убыли массы тела составляет
   1. до 6%
   2. 6-10%
   3. более 10%
4. Желтизна кожи у доношенных детей появляется при концентрации непрямого билирубина
   1. 41-50 мкмоль/л
   2. 51-60 мкмоль/л
   3. 60-85 мкмоль/л
   4. 85-103 мкмоль/л
5. К морфологическим признакам недоношенности относится:
   1. низкий мышечный тонус
   2. нагрубание грудных желез
   3. низкий тембр голоса
   4. зияние половой щели

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 3 сутки.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ:** мать - 22 года, отец - 25 лет, здоровы, профессиональных вредностей не имеют. Отмечался гестоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/70 мм.рт.ст. С 20 недели беременности анемия легкой степени, принимала 3 недели препарат железа, поливитамины. Прибавка в весе - 10 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в 40 недель гестации с массой 3750 г., длина 50 см. Закричал сразу. Приложен к груди в родзале.

**ОБЪЕКТИВНО:** Масса тела 3600 г., длина 50 см. Состояние удовлетворительное, на осмотр реагирует громким эмоциональным криком, активен. Телосложения правильного. На коже груди, живота, конечностей отмечена розовая пятнисто-папулезная сыпь. Большой родничок 2,5х2,5 см, края плотные. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 42 в мин. Тоны сердца громкие, чистые, ЧСС ударов 140 в минуту. Слизистая полости рта чистая. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Хорошо вызываются физиологические рефлексы. Рефлекс автоматической опоры - опирается на латеральную поверхность стоп. Преобладает тонус сгибателей в верхних и нижних конечностях. При осмотре отмечалось мочеиспускание, во время которого ребенок громко заплакал. На пеленке образовалось мокрое пятно кирпично-красного цвета.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК (1 сутки жизни): HGB – 185г/л, RBC – 5,6х1012 /л, WBC – 9,8х109/л NEUT – 60%, LYMPH – 28%, MONO – 10%, EO – 2%, СОЭ – 8мм/час.

**Вопросы:**

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какое обследование необходимо провести новорожденному перед запланированной выпиской?
4. Подлежит ли ребенок вакцинации? Если да, то какой?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Новорожденный доношенный 3 сутки. Токсическая эритема новорожденного. Мочекислый диатез. Группа риска по анемии.
3. Определение уровня билирубина сыворотки крови.
4. Подлежит, гепатит В – 1 сутки, БЦЖ – 3 сутки.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | c | b | b | d |

**Тема 2 «**Перинатальные поражения ЦНС».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Патогенез поражения ЦНС у новорожденных детей.
2. Гипоксия мозга у доношенных новорожденных детей.
3. Гипоксии мозга недоношенных детей. Перивентрикулярные и интравентрикулярные поражения.
4. Клиническая картина и методы диагностики при поражении ЦНС у новорожденных.
5. Дифференциальная диагностика и лечение при поражении ЦНС у новорожденных.
6. Прогноз при поражении ЦНС у новорожденных.
7. Стадии постаноксической энцефалопатии у доношенных новорожденных.
8. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. «Status marmoratus» это морфологический паттерн поражения
   1. базальных ганглиев и таламуса, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
   2. мозжечка, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
   3. коры мозга, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
2. Селективный некроз нейронов у доношенных детей локализуется в
   1. перивентрикулярной области
   2. интравентрикулярной области
   3. коре мозга и стволе мозга
   4. диэнцефальной области
3. Селективный некроз нейронов у недоношенных детей преобладает в
   1. коре мозга и диэнцефальной области
   2. подкорковом белом веществе
   3. спинном мозге
   4. мозжечке
4. Для III стадии энцефалопатии характерно:
   1. беспокойство, нормальный мышечный тонус, повышение рефлекса Моро
   2. беспокойство, гипотония, ослабление рефлекса Моро
   3. летаргия, гипотония, ослабление рефлекса Моро
   4. ступор, вялость, отсутствие рефлекса Моро
5. Клинические проявления церебральной ишемии I степени (легкой) не должны превышать:
   1. 1 день
   2. 3 дня
   3. 7 дней
   4. 10 дней

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 3 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с гестозом первой половины и анемией, отеками, патологической прибавки массы тела, подъемом артериального давления во второй половины. На УЗИ в 26 недель беременности - признаки фетоплацентарной недостаточности. Масса тела ребенка при рождении 3900 г., длина 51 см. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

**Объективно**: Телосложения правильного. Кожа чистая. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см, баллотирует, ограничено швами. Большой родничок 3,0х3,0 см, края плотные. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 44 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные ЧСС 150 в минуту. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. При осмотре беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Безусловные рефлексы снижены.

**Вопросы**:

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Какой синдром поражения ЦНС преобладает у новорожденного?
3. Поставьте диагноз.
4. Какое обследование необходимо провести новорожденному?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Синдром возбуждения ЦНС.
3. Новорожденный доношенный 3 сутки. Гипоксически-ишемическое поражение нервной системы: церебральная ишемия I степени (легкая). Кефалогематома.
4. НСГ, уровень билирубина крови, глюкоза.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки, консультация невролога в 1 месяц по необходимости раньше.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | c | a | d | c |

**Тема 3. «**Респираторный дистресс синдром. Пневмония, сепсис новорожденных».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль

выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Асфиксия новорожденного ребенка, определение понятия.
2. Этиология, патогенез асфиксии на фоне хронического внутриутробной гипоксии.
3. Асфиксия, степени тяжести. Оценка тяжести асфиксии по шкале Апгар.
4. Определение синдрома дыхательных расстройств.
5. Причины развития и факторы риска РДС новорожденных.
6. Пренатальная профилактика РДС.
7. Клиника РДС, оценка тяжести дыхательных расстройств у доношенных и недоношенных новорожденных
8. Диагностика РДС (лабораторная и инструментальная)
9. Оказание первичной реанимационной помощи новорожденным с РДС в родильном зале.
10. Методы респираторной терапии (поддержки), СРАП – терапия, техника проведения продленного раздувания легких.
11. Сурфактантная терапия, препараты, методы введения.
12. Неонатальная пневмония, определение понятия, классификация.
13. Лечение неонатальной пневмонии.
14. Сепсис, определение понятия, группы риска по неонатальному сепсису.
15. Клинические проявления сепсиса новорожденных.
16. Лабораторная диагностика сепсиса новорожденных.
17. Лечение пневмонии и неонатального сепсиса.
18. Патогенез при асфиксии новорожденных.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Респираторный дистресс синдром новорожденных - это:
   1. заболевание, возникающее в первые часы после рождения, и характеризующееся транзиторным отёком лёгких, связанным с задержкой резорбции фетальной жидкости.
   2. тяжёлое расстройство дыхания, обусловленное незрелостью лёгких и/или дефицитом сурфактанта.
   3. воспалительный процесс в респираторных отделах лёгких, возникающий в первые 48 часов жизни, в результате распада сурфактанта
2. Патогенетически при пневмонии возникает всё, кроме:
   1. интерстициального отёка
   2. формирования геалиновых мембран
   3. распада сурфактанта
   4. образования пиемических очагов
3. Для типичной клиники позднего сепсиса характерно всё, кроме:
   1. наличие фокальных очагов
   2. молниеносное начало
   3. медленно прогрессирующее начало
4. Одним из симптомов РДСН является:
   1. «дыхание трубача»
   2. ригидность затылочных мышц
   3. мозговой крик
   4. одышка менее 60в мин
5. Ранний сепсис у новорожденных возникает:
   1. в первые 3е суток жизни
   2. в первые 7 дней жизни
   3. до 28 дней жизни
   4. в первые 24 часа жизни

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Новорожденный, 1 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: ребенок рожден от 2 беременности, протекавшей на фоне длительно текущего позднего гестоза, угрозы прерывания на 24 неделе. Роды 1, на 33 неделе беременности. Масса тела при рождении 1920 г., длина - 39 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. После проведения соответствующий реанимационных мероприятий с введением сурфактанта, ребенок переведен в палату интенсивной терапии.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Адинамичен. Крик слабый. Телосложение непропорциональное (большая голова, короткие конечности). Кожа бледная. Акроцианоз, слизистые чистые. Тепло не удерживает. На спине, плечах, щеках - лануго. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус снижен. Пуповинный остаток, расположенный ближе к лону, под повязкой. Головка округлой формы, кости черепа податливы. Большой родничок 3х4 см, малый родничок и сагиттальный шов открыты. Рот открыт, нижняя челюсть западает при вдохе. Отмечается втяжение межреберных промежутков и мечевидного отростка грудины на вдохе. Дыхание стонущее, со звучным выдохом. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, крепитация, экспираторные шумы. ЧД 84 в минуту, аритмичное. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Меконий отошел. Мочеиспускания не было. Физиологические рефлексы новорожденных не вызываются.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 182г/л, RBC – 4,8х1012/л, WBC – 12х109/л, NEUT – 58%, LYMPH – 27%, MONO – 12%, EO – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

Рентгенологически: Диффузно-равномерное снижение прозрачности легочной ткани с обеих сторон по типу «матового легкого». Тень сердца не смешена. КТИ = 0,46.

**Вопросы:**

1. Оценить ребенка по шкале Сильвермана.
2. Выделить синдром, требующий проведения неотложных мероприятий.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Назначить лечение.

**Образец решения**

1. По шкале Сильвермана 7 баллов
2. Синдром дыхательный расстройств
3. Респираторный дистресс синдром новорожденных, тяжелой степени. ДН IIIстепени. Новорожденный, недоношенность, 33 недели гестации, 1 сутки.
4. Температурно-охранительный режим, инфузионная терапия, ИВЛ, повторное введение сурфактанта ч/з 6 часов от первого введения.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | d | b | a | a |

**Тема 4. «**Желтухи новорожденных».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Гемолитическая болезнь новорожденных, определение понятия.
2. Этиология и патогенез гемолитической болезни новорожденных.
3. Факторы риска нейротоксичности неконъюгированного билирубина.
4. Классификация гемолитической болезни новорожденных. Наследственные и приобретенные желтухи новорожденных.
5. Клиническая картина гемолитической болезни новорожденных. Формы проявления.
6. Течение и прогноз гемолитической болезни новорожденных.
7. Диагноз, план обследования ребенка при подозрении на гемолитическую болезнь новорожденных.
8. Дифференциальный диагноз и лечение гемолитической болезни новорожденных.
9. Фототерапия и побочные эффекты фототерапии при гемолитической болезни новорожденных.
10. Профилактика и прогноз гемолитической болезни новорожденных.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Особенностью клинической картины гемолитической болезни новорожденных является:
   1. кожные покровы ярко желтые с лимонным оттенком (желтуха на белом фоне)
   2. кожные покровы имеют оранжевый оттенок
   3. не увеличены размеры печени и селезенки
   4. общее состояние ребенка удовлетворительное
2. Непрямой билирубин образуется в:
   1. клетках Меркеля
   2. клетках РЭС
   3. клетках Лейдига
   4. клетках Сертоли
3. Физиологическая желтуха появляется:
   1. спустя 24-36 часов после рождения
   2. в течение первых 24 часов жизни
   3. в течение первых 6 часов жизни
   4. после 3-4 суток от момента рождения
4. Операция ОПК при несовместимости по групповым факторам используется комбинация:
   1. эритроцитарная масса 0(I) Rh(-) и плазма IV(АВ) как 1:1
   2. эритроцитарная масса и Rh (соответствует ребенку) и плазма 0(I) как 2:1
   3. эритроцитарная масса 0(I) Rh (соответствует ребенку) и плазмы IV(АВ) как 2:1
   4. эритроцитарная масса 0(I) Rh(+) и плазмы IV(АВ) как 3:1
5. Операция ОПК у новорожденных до 4 дней жизни проводится через:
   1. любую доступную вену
   2. кубитальную вену
   3. подключичную вену
   4. вену пуповины

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Анамнез жизни и заболевания**: Ребенок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние ребенка при рождении было средней степени тяжести. Двигательная активность, мышечный тонус и физиологические рефлексы снижены. Кожа бледная, легкий акроцианоз. Над легкими легочный звук, аускультативно дыхание – пуэрильное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Данные лабораторных исследований:**

ГРУППА КРОВИ матери – О (I), Rh «- -», у ребенка – В (III), Rh «- -»

ОАК: HGB – 140г/л, RBC – 3,8х1012/л, WBC – 9х109/л, NEUT – 60%, LYMPH – 26%, MONO – 11%, EO – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

БАК: PRO – 58г/л, альбумины – 64%, непрямой билирубин – 136,6 мкмоль/л; через 1 час – 164 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте диагноз
4. Определите тактику ведения

**Образец решения**

1. Синдром желтушный: кожа, склеры и слизистые желтые; интоксикационный синдром: срыгивание, вялость, сосание слабое, тахикардия.
2. У мамы первая группа крови, у ребенка третья группа.
3. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВ0-системе, средней степени тяжести
4. Фототерапия, дезинтоксикационная терапия.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | c | d |

**Модуль N11** «Неотложные состояния у детей»

**Тема 1 «**Лечение неотложных состояний у детей на догоспитальном и госпитальном этапе».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Стадии диабетического кетоацидоза, гиперосмолярная кома, лактатацидотическая кома: неотложная помощь.
2. Лихорадка, определение понятия, показания к медикаментозной терапии лихорадки.
3. Лечение анафилактического шока.
4. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение при ангионевротическом отеке.
5. Этиология и патогенез сердечной недостаточности. Синдром малого сердечного выброса, лечение сердечной недостаточности. Увеличение сократительной способности миокарда. Уменьшение постнагрузки. Уменьшение объемной перегрузки. Кардиотрофическая терапия.
6. Диагностика дыхательной недостаточности, клинико-лабораторная характеристика дыхательной недостаточности при острой пневмонии, лечение дыхательной недостаточности при острой пневмонии.
7. Лечение бронхита с бронхообструктивным синдромом, алгоритм лечения среднетяжелого и тяжелого приступа.
8. Алгоритм лечения среднетяжелого и тяжелого приступа астмы у детей в стационаре.

**Задания для отработки практических умений**

1. Определение синдромов, требующих оказания неотложной помощи
2. Оценка тяжести неотложного состояния
3. Составление плана обследования
4. Составление плана ведения

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Выберите синдром, характерный для гипертонического типа дегидратации:
   1. кожа сухая, горячая, гипертермия, сухость слизистых, сохранение или повышение АД
   2. кожа на ощупь липкая, холодная, серого цвета, складка «стоячая», АД понижено
   3. кожа сухая, холодная на ощупь, эластичность понижена, АД в норме или понижено
2. Введение в вену концентрированных растворов глюкозы может вызвать:
   1. эмболию
   2. тромбоз
   3. флебит
   4. отравление
3. Что такое эклампсия?
   1. повышение ЦВД
   2. повышение АД
   3. повышение АД и судороги
   4. повышение АД и ЦВД
   5. отек мозга
4. Восстановите правильную последовательность неотложных лечебных мероприятий при типичном варианте анафилактического шока:
   1. восстановление ОЦК
   2. введение адреналина
   3. применение преднизолона
   4. использование антигистаминных препаратов
   5. назначение эуфиллина
5. Что подразумевается под термином «синкопальное состояние»?
   1. обморок
   2. коллапс
   3. шок
   4. судорожный синдром
   5. асфиксия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 5 мес.

После проведения II-й АКДС в прививочном кабинете внезапно появилось беспокойство, припухлость век, губ. На коже лица, туловища - полиморфная сыпь.

В течение нескольких минут состояние ухудшилось; резкая бледность кожных покровов, слизистых, цианоз, холодный липкий пот. Спутанное сознание. Частота дыхания 60 в минуту, пульс 140 в минуту, АД 40/20 мм.рт.ст., тоны сердца глухие. Непроизвольное мочеиспускание.

**Вопросы:**

1. Синдромы, требующие неотложной помощи.
2. Укажите патогенетические причины данного состояния.
3. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром острой аллергической реакции
2. Аллергия
3. Преднизолон 1-2 мг/кг внутримышечно, госпитализация в ПИТ

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | c | c | b, a, c, d, e | a |

**Модуль N12**. «Дифференциальная диагностика в педиатрии»

**Тема 1 «**Неотложная помощь в педиатрии».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Острая сосудистая недостаточность. Обморок, причины (кардиальные, вазовагальные, ортостатические, цереброваскулярные, гипогликемические, гиповолемические), клиника, диагностика, неотложная терапия.

2. Коллапс, определение, причины (тяжелое течение острой инфекции, острая кровопотеря, острая надпочечниковая недостаточность, передозировка гипотензивных средств, ортостатические и эмоциональные факторы (пубертат), клиника (симптоматическая, ваготоническая и паралитическая фазы), диагностика, неотложная помощь.

3. Острая левожелудочковая недостаточность, определение, причины (непосредственное повреждение миокарда, гемодинамическая перегрузка объемом левых отделов сердца, гемодинамическая перегрузка левых отделов сердца давлением, нарушение ритма сердца), клиника, диагностика, неотложная помощь

4. Острая правожелудочковая недостаточность, определение, причины

(кардиальная патология, острая дыхательная недостаточность, хронические бронхолегочные заболевания с развитием легочного сердца, тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей) клиника, диагностика, неотложная помощь

5. Анафилактический шок, определение, причины, клиника, диагностика, неотложная помощь, противошоковый набор.

6. Острые отравления. Классификация ядов по целям применения веществ. Клиническая классификация с выделением периодов острых отравлений (латентный, токсикогенный, соматогенный, восстановительный). Клинические признаки декомпенсации дыхания, кровообращения и степень угнетения ЦНС. Клинические симптомы, характерные для отравления угарным газом, перманганатом калия, лекарственным средством, грибами. Неотложная помощь (удаление не всосавшегося яда, удаление всосавшегося яда, показания и способы применения основных лекарственных противоядий, симптоматическая терапия.

7. Гипергликемическая кетоацидотическая диабетическая кома, причины, клиника, диагностика, неотложная помощь. Гипогликемические состояния и гипогликемическая кома, причины, клиника, диагностика, неотложная помощь. Дифференциальная диагностика диабетических ком.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка анамнеза заболевания
2. Определение симптомов и синдромов требующего неотложных мероприятий
3. Составление алгоритма оказания неотложной помощи

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. При отравлении атропиноподобными веществами наблюдается:
   1. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков
   2. угнетение сознания, сужение зрачков
   3. гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков.
   4. тонико-клонические судороги
   5. неукротимая рвота.
2. Для отравления препаратами белладонны характерно:
   1. расширение зрачка
   2. сужение зрачка
   3. уртикарные высыпания
   4. бледность кожи и слизистых
   5. бронхоспазм
3. Что подразумевается под термином «синкопальное состояние»:
   1. обморок
   2. коллапс
   3. шок
   4. судорожный синдром
   5. асфиксия
4. Для кетоацидотической диабетической комы характерно:
   1. угасание рефлексов
   2. влажная кожа
   3. уртикарные высыпания
   4. снижение тонуса глазных яблок
   5. экспираторная одышка
5. Для анафилактического шока средней тяжести течения характерно
   1. наличие катаральных явлений
   2. отсутствие продромального периода
   3. низкое артериальное давление
   4. нормальное артериальное давление
   5. высокое артериальное давление

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 2 года

**Анамнез заболевания:** утром повысилась температура тела до 38,2С, появились насморк, покашливание. Родители дали ребенку парацетамол, температура тела снизилась до 37,6 С. К ночи температура тела вновь повысилась до 40,1С и внезапно развился приступ генерализованных судорог тонико-клонического характера. Мальчик госпитализирован в стационар.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Сознание ясное. Масса тела 14 кг, длина – 90 см. Кожный покров бледный с мраморным рисунком, акроцианоз, дистальные части рук и ног холодные на ощупь. Зев и задняя стенка глотки гиперемированы, отечны. Конъюнктивальная инъекция глаз. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. ЧДД 80 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 162 в мин. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

**Данные лабораторных исследований**:

OAK: HGB – 99 г/л, RBC – 3,0х1012/л, WBC – 11,26х109/л, NEUT – 44%, LYM – 38%, MON – 18%, PLT – 267х109/л, СОЭ – 4мм/час.

БАК: PRO – 72%, BIL – 18,4 мкмоль/л, Fe – 10,6 ммоль/л.

ОАМ: светло-желтая, прозрачная, относительная плотность – 1038, белок – 0,033%, лейкоциты – 1-2 в п/зр.

**Вопросы:**

1.Укажите угрожающие жизни ребенка синдромы.

2. Дайте клиническую оценку анализа крови, мочи

3. Поставьте клинический диагноз

4.Укажите объем неотложной терапии.

**Образец решения:**

1.Катаральный. Интоксикационный.

2. ОАК без патологии, повышение плотности мочи.

4.ОРВИ, гипертермический синдром, фебрильные судороги.

5. Кислородотерапия непрерывно через носовой катетер

Противосудорожная терапия: седуксен 0,5% раствор (реланиум) в/м в дозе 0,1мл/кг (0,3- 0,5 мг/кг) либо в/в в 5-10 мл 0,9% р-ра хлорида натрия, повторно через 15-20 мин 2/3 от первоначальной дозы.

При сохранении судорог 20% р-р оксибутирата натрия (ГОМК) 0,25—0,5 мл/кг (50-100мг/кг) в/м или в/в медленно на 10% растворе глюкозы или 0,9% р-р хлорида натрия. В тяжелых случаях при развитии судорожного статуса наркоз кетамином, в крайне тяжелых - миорелаксанты, ИВЛ.

в) при нарушении сознания для предупреждения отека мозга – фуросемид в дозе 1-2мг\кг в/в или в/м, преднизолон (1-3 мг/кг) или дексаметазон (0,1 - 0,3 мг/кг) в/м, маннитол в/в медленно струйно или капельно 10-20% р-р в дозе 0,5-1,5 г/кг.

г) этиотропная терапия (противовирусные препараты)

Антипиретики: при красной лихорадке

- Парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или ректально

- или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 месяцев

- физические методы охлаждения.

При тяжелом состоянии ребенка по показаниям введение парацетамола в/в медленно из расчета разовой инфузии для детей до 1 года и старше по 15 мг/кг

- возможно в/м введение 50% р-р метамизола натрия (анальгин) детям до 1 года 0,01мл/кг, старше 1 года 0,1мл/год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина из расчета 0,1мл\год жизни, но не более 1 мл.

При белой лихорадке:

- Парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или ректально

- или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 месяцев

- введение парацетамола в/в медленно из расчета разовой инфузии для детей до 1 года и старше по 15 мг/кг

При невозможности применения парацетамола или ибупрофена возможно в/м введение 50% р-р метамизола натрия (анальгин) детям до 1 года 0,01мл/кг, старше 1 года 0,1мл/год жизни, 2% р-ра папаверина детям до 1 года в дозе 0,1- 0,2мл мл, старше 1 года 0,1 -0,2 мл мл/год жизни или р-ра дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина из расчета 0,1мл\год жизни, но не более 1 мл.

При сохранении судорог – барбитураты (тиопентал, гексенал) 5-10 мг\кг в/м или в/в медленно или дифенин по 3-5 мг\кг внутрь.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | a | a | a | a |

**Тема 2 «**Дифференциальная диагностика геморрагического синдрома».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Основные звенья гемостаза; механизм свёртывания крови и противосвертывающей системы; механизм повреждения тромбоцитарного и коагуляционного звена гемостаза.
2. Гемофилия, классификация, клинические проявления в различные возрастные периоды, ведущие синдромы, лабораторная диагностика и принципы лечения гемофилии.
3. Дифференциальный диагноз гемофилии с тромбоцитопенической пурпурой, наследственными и приобретенными тромбоцитопатиями
4. .
5. Патогенез, особенности клиники и принципы терапии ГВ у детей, дифференциальный диагноз.
6. Патогенез и клинические проявления геморрагического синдрома при ИТП у детей, принципы терапии.
7. Дифференциальный диагноз ИТП с острым лейкозом, апластическими анемиями, наследственными тромбоциопатиями, симптоматическими тромбоцитопеническими пурпурами.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка анамнеза жизни и заболевания
2. Определение симптомов и синдромов, требующих проведения дифференциальной диагностики
3. Составление алгоритма дифференциальной диагностики
4. Составление плана ведения пациента

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Тромбоциты выполняют следующую функцию:
   1. переносят гемоглобин
   2. участвуют в иммунных реакциях
   3. участвуют в процессах липопероксидации
   4. участвуют в свертывании крови
2. Геморрагический синдром при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре проявляется:
   1. межмышечными гематомами, гемартрозом
   2. легочным кровохарканьем
   3. желудочно-кишечными, носовыми, маточными кровотечениями
   4. инсультами
   5. кожными и внутрикожными геморрагиями, параплегиями
3. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
   1. петехеально-пятнистый
   2. гематомный
   3. смешанный
   4. васкулитно-пурпурный
   5. ангиоматозный
4. В анализе крови больного лейкозом на фоне лечения химиопрепаратами первым предвестником наступающей ремиссии служит:
   1. нормализация СОЭ
   2. исчезновение бластов
   3. нормализация количества эритроцитов
   4. нормализация количества тромбоцитов
5. Тип кровоточивости при микротромбоваскулите
   1. петехеально-пятнистый
   2. гематомный
   3. смешанный
   4. васкулитно-пурпурный
   5. ангиоматозный

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 5 лет.

**Жалобы** при поступлении в стационар на резкую болезненность в левом коленном суставе, ограничение движения в суставе.

**Анамнез заболевания:** Мальчик ушиб коленный сустав во время игры, после чего появилась болезненность, сустав увеличился в размере, движения в суставе ограничены. В течение суток ребенок находился дома, болезненность и припухлость коленного сустава увеличились, доставлен в стационар.

**Анамнез жизни:** Ребенок от I беременности, I срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в роддоме. Пуповинный остаток отпал на 5-е сутки, долго кровоточил. При прорезывании зубов отмечалась кровоточивость десен. После года, когда начал ходить, носовые кровотечения после малейшей травмы, гематомы в области лба (на месте ушиба). При случайных порезах длительные неостанавливающиеся кровотечения. Мать и отец ребенка здоровы. Дед по линии матери страдал подобными заболеваниями.

**Объективно:** Состояние ребенка тяжелое, выражен болевой синдром, выражение лица страдальческое, идти не может, плачет от боли в суставе. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 17,5 кг, длина - 108 см. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Левый коленный сустав резко увеличен в объеме, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в минуту. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя - III ребро, левая на 1,0 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца средней громкости, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД 90/50 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, мочеиспускание безболезненное. Синдром Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 100г/л, RBC – 3,2х1012/л, MCH – 0,9, PLT – 300х109/л, WBC – 7,4х109/л, NEUT – 46%, LYM – 42%, MON – 10%, EO – 2%, СОЭ-12 мм/час.

Длительность кровотечения по Дьюка – 4 мин. Время свертывания по Ли-Уайту – 12 мин. Ретракция кровяного сгустка – 50%.

**Вопросы:**

1. Выделить основные симптомы заболевания
2. Выделить основные факторы риска заболевания (антенатальные, постнатальные, особенности анамнеза)
3. Выделить основные клинические синдромы
4. Поставить предварительный диагноз
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
6. Оценить клинико-инструментальные методы исследования
7. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
8. Поставьте диагноз согласно классификации.
9. Составьте план лечения согласно современным протоколам**.**

**Образец решения**

1. Боль в суставе, ограничение подвижности
2. Травма коленного сустава.
3. Артрит, гематомный синдром
4. Гемофилия.
5. С тромбоцитопенической пурпурой, наследственными и приобретенными тромбоцитопатиями. Вазопатия
6. Анемия, удлинено время свертывания крови
7. Гемостазиограмма/коагулограмма; содержание в крови уровней активности антигена факторов VIII и IX, фактора Виллебранда; рентгенологическое исследование суставов; группа крови, резус-фактор; биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, сывороточное железо, ОЖСС, сывороточный ферритин).
8. Гемофилия А. Острый гемартроз левого коленного сустава.
9. Стационарное лечение Г (неотложная помощь при кровотечениях):

показано при наличии: гемартрозов с выраженным болевым синдромом, тяжелых травм, кишечного, почечного кровотечения, массивных гематом мягких тканей, в том числе забрюшинных гематом. Требуется введения концентрат фактора VIII из расчета 50-100 МЕ/кг каждые 8 часов в течение 3 дней, затем поддерживающая терапия в течение 14 дней с интервалом в 24 часа. Показания к пункции сустава: первичный, массивный гемартроз, рецидивирующий гемартроз. После аспирации крови из сустава в его полость вводят гидрокортизон гемисукцинат в дозе 50-100мг через день

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | c | a | b | d |

**Тема 3 «**Дифференциальная диагностика синдромов поражения сердечно-сосудистой системы».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

* + - 1. Назовите клинические проявления ВПС с обогащением малого круга кровообращения (отдельно по каждому пороку).
      2. Какие патологические изменения следует ожидать при лабораторно-инструментальном обследовании (OAK и ОAM, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной полости)
      3. Составьте таблицу дифференциального диагноза наиболее распространенных ВПС с обогащением малого круга кровообращения (ДМЖП, ДМПП, ОАП, АВК), определите патогномоничные симптомы и УЗИ данные для каждого порока.
      4. Показания к хирургической коррекции при ВПС с обогащением малого круга кровообращения;
      5. Чем представлена консервативная терапия ВПС?
      6. Каков прогноз при ВПС с обогащением малого круга кровообращения?
      7. Миокардит у детей. Дифференциальный диагноз, ведущие симптомы и синдромы, тактика ведения, медикаментозное лечение, профилактика, реабилитация.

8. Острая ревматическая лихорадка у детей. Дифференциальный диагноз, ведущие симптомы и синдромы, тактика ведения, медикаментозное лечение, профилактика, реабилитация.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка анамнеза жизни и заболевания
2. Определение симптомов и синдромов, требующих проведения дифференциальной диагностики
3. Составление алгоритма дифференциальной диагностики
4. Составление плана ведения пациента

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Кровь из большого круга кровообращения поступает в:
   1. правый желудочек
   2. левый желудочек
   3. правое предсердие
   4. левое предсердие
2. Наиболее частой причиной развития стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:
   1. ревматизм
   2. инфекционный эндокардит
   3. мерцательная аритмия
   4. ревматоидный артрит
3. Основным клиническим признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:
   1. общая слабость
   2. отеки ног
   3. асцит
   4. приступы сердечной астмы
4. Осложнениями врожденного порока сердца являются:
   1. пневмония
   2. эндокардит
   3. пиелонефрит
   4. гастрит
5. Какие пороки сердца протекают с уменьшенным легочным кровотоком:
   1. коарктация аорты
   2. изолированный стеноз легочной артерии
   3. дефект межпредсердной перегородки
   4. дефект межжелудочковой перегородки

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Больной 8 месяцев направлен в стационар участковым врачом.

**Анамнез заболевания**: c первых дней жизни отмечался цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве, с рождения систолический шум. Плохая прибавка в массе за последние 6 месяцев.

**Анамнез жизни:** Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 2990 г, длина - 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание грудное, прикорм по возрасту. Перенес ОРВИ 2 раза, пневмонию в 6 мес.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6500 г, длина - 66см. Кожные покровы чистые, бледные. Цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус сохранен. Голова округлой формы, выраженные лобные и теменные бугры. Большой родничок 1,0х1,0 см края плотные. Грудная клетка цилиндрической формы, в области грудины несколько выбухает. Перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое. ЧД 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 кнаружи от правой парастернальной линии, левая - на 1.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ритмичные, систолический шум, короткий, негрубый во II-III межреберье слева от грудины. ЧСС 140 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**:

ОАК: HGB – 128 г/л, RBC – 3,96х1012/л, WBC – 8,4х109/л, PLT - 180х109/л, LYM – 56%, NUET – 34%, MON – 10%, СОЭ – 4мм/час.

БАК: PRO – 76г/л, BIL-18,5 мкмоль/л, неконъюгированный-18,5 мкмоль/л, Ca – 2,8ммоль/л, P – 1,75ммоль/л.

ОАМ: количество – 50,0 мл, цвет светло-желтая, прозрачная, реакция слабокислая, относительная плотность – 1014, лейкоциты – 1-3 в п/зрения.

Рентгенограмма органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, расширение поперечника сердца за счет правых отделов. КТИ=0,62.

ЭКГ: преобладание электрической активности правых отделов сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Эхо-КС: правый желудочек 24 мм (N 16-24 мм), правое предсердие 50 мм (N до 40 мм), левое предсердие 21 мм (N до 20-40 мм). В верхней трети межпредсердной перегородки прерывание эхосигнала. Межжелудочковая перегородка 5 мм. ФВ 68%.

Митральный клапан: структура створок – обычная, трикуспидальный клапан – структура створок обычная.

Допплерография: сброс крови через дефект в межпредсердной перегородке диаметром до 2,5 мм.

**Вопросы:**

1. Выделить ведущие клинические симптомы
2. Выделить ведущие клинические синдромы
3. Поставить предварительный диагноз
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
5. Оценить инструментальные методы исследования
6. Поставьте диагноз согласно классификации.
7. Составьте план лечения согласно современным протоколам.

**Образец решения**

* + - 1. Плохая прибавка в весе, цианоз

1. Кардиальный синдром, систолический шум. В анамнезе частые бронхолегочные и простудные заболевания.
2. ВПС
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с изолированным стенозом легочной артерии, триадой Фалло, ДМЖП, аномальным дренажом легочных вен, аномалией развития трехстворчатого клапана Эбштейна.
4. Рентгенограмма органов грудной клетки - расширение поперечника сердца за счет правых отделов. КТИ=0,62. Допплерография: сброс крови через дефект в межпредсердной перегородке диаметром до 2,5 мм.
5. ДМПП. Фаза относительной компенсации СН I стадии. Постнатальная гипотрофия смешанной этиологии, период стабилизации.
6. Постельный режим, диета с обязательным приемом молока, творога, сыра, овощей, мяса, с ограничение воды и соли. Показания к хирургической коррекции порока: сердечная недостаточность, отставание в физическом развитии, легочные заболевания. Гемодинамическое показание к операции – соотношение легочного кровотока к системному более чем 2:1. При эффективности консервативной медикаментозной терапии операцию можно отложить до 3-5-летнего возраста (максимально – до 8-10 лет).

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | a | d | b | b |

**Тема 4 «**Дифференциальная диагностика синдромов поражения органов дыхания».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Вирусный круп у детей. Дифференциальный диагноз крупа: ведущий синдром, тактика ведения с учетом степени стеноза, медикаментозное лечение, профилактика.
2. Бронхит у детей. Дифференциальный диагноз бронхита: ведущие симптомы и синдромы, тактика ведения, медикаментозное лечение, профилактика, реабилитация.
3. Пневмония у детей. Особенности клиники при типичной и атипичной пневмонии, ДН. Дифференциальный диагноз пневмонии: ведущие симптомы и синдромы, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, профилактика, реабилитация.
4. Бронхиальная астма. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы: ведущий синдром, тактика ведения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, профилактика, реабилитация.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка анамнеза жизни и заболевания
2. Определение симптомов и синдромов, требующих проведения дифференциальной диагностики
3. Составление алгоритма дифференциальной диагностики
4. Составление плана ведения пациента

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Основной терапией БА в периоде ремиссии является:
   1. бронходилатирующая
   2. противовоспалительная
   3. иммуномодулирующая
   4. муколитическая
2. Ингаляционные β2-адреномиметики короткого действия можно применять у детей:
   1. не чаще 4 раз в сутки
   2. не чаще 2 раз в сутки
   3. так часто, как это требует состояние ребенка
   4. эти препараты нельзя использовать у детей
3. Результатом персистирующего воспаления при бронхиальной астме является:
   1. утолщение базальной мембраны бронхов
   2. утолщение базальной мембраны альвеол
   3. утолщение подслизистого слоя бронхов
   4. утолщение мышечного слоя бронхов
4. В лечении крупа у детей при стенозе гортани 2 степени показано применение:
   1. антибиотики
   2. НПВС
   3. глюкортикортикоиды
   4. десенсибилизирующие препараты
5. Рентгенологическими признакам и очаговой пневмонии у детей являются:
   1. наличие эмфиземы
   2. усиление прикорневого и легочного рисунка
   3. мелкие очаговые тени неправильной формы с нечеткими контурами
   4. наличие ателектазов

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 5 лет.

**Жалобы** со слов мамы на кашель, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания**: Болен 3 день. Заболел после переохлаждения. Температура тела повысилась до 39,5°С, появились вялость, кашель, выделения из носа.

**Анамнез жизни:** Ребенок от первой беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Вскармливание естественное до 2 мес., в связи с гипогалактией переведен на искусственное вскармливание. Рос и развивался соответственно возрасту. С 3 лет после оформления в детский сад часто болеет ОРВИ. Перенес ветряную оспу, ротавирусную инфекцию.

**Объективно**: Состояние тяжелое. Масса 18 кг, длина 113 см. Температура тела 38,6°С. Ребенок вялый, капризный. Беспокоит частый сухой непродуктивный кашель. Кожный покров бледный, цианоз носогубного треугольника. Периферические лимфатические узлы шейные 0,5х0,5см безболезненные. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка не вздута. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации здесь же выслушивается ослабленное дыхание, на глубоком вдохе крепитация. ЧДД 48 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 110 ударов в мин. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 130 г/л, RBC – 4,8х1012/л, WBC – 16,9х109/л, PLT – 240x109г/л, NEUT – 60%. EO – 1%, LYM – 31%, MON – 8%, п/я – 4%, с/я – 56%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: интенсивная тень в области VIII и IX сегментов правого легкого.

**Вопросы:**

1. Выделить основные симптомы заболевания
2. Выделить основные факторы риска заболевания (антенатальные, постнатальные, особенности анамнеза)
3. Выделить основные клинические синдромы
4. Поставить предварительный диагноз
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
6. Оценить клинико-инструментальные методы исследования, объяснить изменения
7. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики
8. Поставьте диагноз согласно классификации.
9. Составьте план лечения согласно современным протоколам.

**Образец решения**

* + - 1. Кашель, повышение температуры тела
      2. Раннее искусственное вскармливание, перенесенные инфекционные заболевания
      3. Синдром интоксикации, ДН
      4. Раннее искусственное вскармливание, частые ОРВИ, перенесенная ротавирусная инфекция. Непосредственная причина заболевания- переохлаждение
      5. Внебольничная пневмония
      6. Острый бронхит, плеврит.
      7. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ

1. Биохимический анализ крови, прокальцитонин, посев мокроты, рентгенография грудной клетки в правой боковой проекции
2. Внебольничная правосторонняя сегментарная пневмония средней степени тяжести не осложненная
3. Госпитализация в стационар, антибактериальная терапия, посиндромная терапия. Режим постельный на период лихорадки. Усилить питьевой режим (чай с лимоном, морс). Амоксициллин 50мг/кг в сутки (флемоксин солютаб) по 250мг х 2 раза в сутки; амброксол 2,5 мл сиропа х 3 раза в день (усиливает проникновение в бронхиальный секрет и легочную ткань амоксициллина, стимулирует синтез сурфактанта)

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | a | a | a | c |

**Тема 4** подготовка клинического случая «Болезни органов дыхания у детей», «Заболевание ССС у детей», «Геморрагические заболевания у детей», «Неотложная помощь в педиатрии».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

Проверка письменного доклада «Клинический случай»

**Вопросы для подготовки клинического случая:**

1. Паспортная часть: ФИО больного, дата рождения (возраст) дата поступления, отделение.
2. Жалобы: на момент поступления и курации
3. Анамнез жизни и заболевания.
4. Данные объективного осмотра на момент поступления и курации пациента
5. Данные обследования с оценкой отклонений
6. Клинический диагноз в соответствии с классификацией, обоснование и дифференциальная диагностика
7. Лечение данного больного
8. Выводы докладчика по клиническому случаю

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **глоссарий** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных терминов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных терминов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных терминов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных терминов |
| **таблицы** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **рецепты** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильно оформленных рецептов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильно оформленных рецептов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильно оформленных рецептов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильно оформленных рецептов |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **проверка эпикриза** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию эпикриза: диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, лечением и рекомендациями. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию эпикриза, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются небольшие погрешности в изложении материала (диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, но нет строгой обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию эпикриза. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема эпикриза, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии. |
| **собеседование по эпикризу** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемого заболевания пациента, его диагностики и лечения, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой заболевания пациента, его диагностики и лечения, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемого заболевания пациента, его диагностики и лечения, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой заболевания пациента, диагностику и лечение данного состояния, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **проверка доклада клинический случай** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию доклада по клиническому случаю: диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, лечением и рекомендациями. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию доклада по клиническому случаю, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются небольшие погрешности в изложении материала (диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, но нет строгой обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию доклада по клиническому случаю. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема доклада по клиническому случаю, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена для студентов 5 курса проводится по экзаменационным билетам и результатам предэкзаменационного тестирования и в форме зачета для студентов 6 курса по зачетным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*промежуточной аттестации по дисциплине для 5 курса – экзамен:*

*Рд=Рт+Рб+Рэ*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине для 6 курса – зачет:*

*Рд=Рт+Рб+Рз, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -****текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг*

Критерии, для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов>50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине «Педиатрии» для 5 курса**

1. Новорожденный ребенок. Оценка по шкале Апгар. Физиологические рефлексы новорожденного. Сроки угасания.
2. Новорожденный ребенок. Критерии доношенности и недоношенности. Определение степени зрелости. Этапы выхаживания новорожденных
3. Физическое развитие детей. Методы оценки. Группы здоровья.
4. Физиологические ("пограничные") состояния новорожденных детей. Клинические проявления. Коррекция пограничных состояний новорожденных детей.
5. Физиологические рефлексы новорожденного. Сроки угасания. Уход за новорожденным ребенком.
6. Физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни. Критерии оценки. Группы нервно-психического развития.
7. Нервно-психическое развитие ребенка первого года жизни: линии развития. Группы нервно-психического развития.
8. Недоношенный ребенок, критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности. Причины недонашивания. Задачи второго этапа выхаживания недоношенных детей. Принципы организации ухода.
9. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока. Гипогалактия. Классификация. Этиология. Лечение. Профилактика.
10. Естественное вскармливание. Виды прикормов. Правила введения прикормов. Расчет суточного и разового объемов питания.
11. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока. Характеристика прикормов. Гипогалактия. Причины. Клиника. Профилактика.
12. Смешанное вскармливание, показания к переводу. Правила введения докорма. Молочные смеси, используемые в питании здоровых детей.
13. Виды вскармливания. Искусственное вскармливание. Способы расчета суточного объема питания, режим питания, потребности в белках, жирах и углеводах у детей до года. Классификация молочных смесей.
14. Искусственное вскармливание. Определение. Расчет питания. Показания к переводу на искусственное вскармливание. Классификация смесей, применяемых для искусственного вскармливания. Техника проведения кормления. Критерии оценки эффективности вскармливания.
15. Искусственное и смешанное вскармливание. Определение. Понятие о прикорме и докорме. Принципы введения прикормов. Потребности в белках, жирах и углеводах здоровых детей.
16. Хронические расстройства питания. Гипотрофия. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
17. Гипотрофия. Причины развития. Клиника постнатальной гипотрофии II степени тяжести. Принципы диетического и медикаментозного лечения. Диспансерное наблюдение.
18. Гипотрофия. Этиология. Клиника гипотрофии III степени тяжести. Особенности диетического и медикаментозного лечения.
19. Желтухи новорожденных. Основные причины гипербилирубинемии. Дифференциальный диагноз.
20. Гемолитическая болезнь новорожденного. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Осложнения. Диагностика. Лечение. Заменное переливание крови: виды, показания, осложнения, техника проведения.
21. Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей. Рахит. Клинические проявления. Критерии диагностики. Лечение рахита.
22. Рахит. Этиология. Классификация. Клиника различных степеней тяжести. Диагностика. Лечение. Анте- и постнатальная профилактика рахита.
23. Рахитоподобные заболевания (фосфат-диабет, болезнь де-Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз). Клинические проявления. Диагностика. Основные методы лечения.
24. Гипервитаминоз Д. Острые и хронические формы Д-витаминной интоксикации. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.
25. Спазмофилия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
26. Перинатальное поражение ЦНС. Причины. Классификация. Первичная реанимация новорожденных. Клиника синдромов острого периода. Профилактика гипоксии плода.
27. Гипоксически-ишемические поражения ЦНС у новорожденных. Клинические проявления в остром периоде. Диагностика. Принципы лечения. Исходы
28. Внутричерепная родовая травма: субдуральные, внутрижелудочковые, паренхиматозные кровоизлияния. Этиология. Патогенез. Клиника. Исходы. Принципы терапии.
29. Респираторный дистресс синдром новорожденных. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы терапии.
30. Пневмония новорожденных. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения. Профилактика.
31. Сепсис новорожденных. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Принципы терапии. Прогноз.
32. Синдром мальабсорбции: лактазная недостаточность. Причины. Патогенез. Патоморфологические изменения в кишечнике. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз.
33. Синдром мальабсорбции: муковисцидоз у детей. Классификация. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечение. Диспансерное наблюдение.
34. Синдром мальабсорбции: целиакия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз.
35. Классификация анемий. Железодефицитные анемии у детей. Этиология железодефицитной анемии. Клиника. Лечение. Профилактика.
36. Дефицитные анемии у детей. Этиология. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
37. Железодефицитная анемия у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
38. Острый лейкоз. Этиология. Классификация. Диагностические критерии лейкоза. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Вопросы деонтологии.
39. Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
40. Острые бронхиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
41. Бронхиолит. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
42. Синдром бронхиальной обструкции при пневмонии у детей младшего возраста. Дифференциальный диагноз пневмонии с бронхиолитом. Неотложная помощь.
43. Пневмонии. Этиология. Клиника очаговой пневмонии. Лечение. Вакцинопрофилактика.
44. Пневмония у детей. Атипичные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
45. Пневмония у детей. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации. Лечение. Принципы ступенчатой терапии.
46. Пневмония у детей. Этиология. Патогенез. Осложнения. Гипертермический синдром. Патогенез. Типы лихорадочных реакций. Неотложная помощь.
47. Острые пневмонии у детей. Классификация. Клинические проявления и методы диагностики. Диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии.
48. Острые пневмонии у детей. Механизм развития дыхательной недостаточности. Клинико-лабораторная диагностика. Классификация. Неотложная помощь.
49. Острые пневмонии. Этиология в зависимости от возраста. Особенности клиники в зависимости от возбудителя. Показания к госпитализации. Принципы этиопатогенетической терапии. Прогноз.
50. Бронхиальная астма у детей. Этиология. Виды аллергенов. Триггеры. Классификация. Лечение бронхиальной астмы в периоде обострения.
51. Бронхиальная астма у детей. Методы диагностики. Классификация по уровню контроля. Лечение бронхиальной астмы в периоде ремиссии. Принцип ступенчатой терапии. Реабилитация детей с бронхиальной астмой. Медикаментозные и немедикаментозные методы реабилитации.
52. Бронхиальная астма. Особенности клиники бронхиальной астмы у детей раннего возраста. Дифференциальная диагностика у детей раннего возраста (бронхиолит, муковисцидоз, инородное тело). Патогенетические механизмы обструктивного синдрома. Неотложная помощь при приступе.
53. Бронхиальная астма. Критерии тяжести приступа бронхиальной астмы. Неотложная терапия при приступе бронхиальной астмы на догоспитальном и госпитальном этапах.
54. Бронхиальная астма. Клинические критерии статуса. Неотложная терапия.
55. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Методы диагностики. Реабилитация детей с бронхиальной астмой.
56. Врожденные пороки сердца с обеднением большого круга кровообращения (коарктация аорты). Морфологические изменения. Нарушения гемодинамики. Клиника. Диагностика.
57. Врожденные пороки сердца без цианоза с обогащением малого круга кровообращения (ДМПП, ДМЖП, ОАП). Нарушение гемодинамики. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Врожденные пороки сердца с цианозом и обеднением малого круга кровообращения (тетрада Фалло). Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия при одышечно-цианотическом приступе.
59. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии.
60. Гемофилия. Этиология. Клиника. Диагностика нарушения свертывания крови при гемофилии. Лечение. Профилактика. Общие принципы неотложной помощи при кровотечениях. Медико-генетическое консультирование.
61. Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Этиология. Патогенез кровоточивости. Клиника различных форм заболевания. Диагностика. Лечение. Профилактика. Неотложная помощь при кровотечениях.
62. Тромбоцитопеническая пурпура у детей. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
63. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Классификация. Диагностика: основные и дополнительные критерии. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика.
64. Острая ревматическая лихорадка. Кардиальные и экстракардиальные проявления у детей. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика.
65. Неревматический кардит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы лечения
66. Врожденные неревматические кардиты. Этиология. Патоморфологические изменения в миокарде. Клиника. Диагностика. Лечение.
67. Сердечная недостаточность у детей. Этиология. Клиника острой сердечной недостаточности у детей. Диагностика, неотложная помощь.
68. Хронические гастриты и гастродуодениты. Этиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.
69. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. Особенности клинических проявлений язвенной болезни у детей. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
70. Заболевания биллиардной системы. Хронический холецистит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Профилактика.
71. Хронический холецистит. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
72. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы лечения. Реабилитация.
73. Хронический гломерулонефрит. Морфологические варианты. Клиника. Осложнения. Лечение.
74. Острый пиелонефрит у детей. Этиология. Классификация. Особенности клинических проявлений. Критерии диагностики. Оценка функционального состояния почек при пиелонефрите. Принципы лечения. Фитотерапия.
75. Хронический пиелонефрит у детей. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностические критерии. Оценка состояния функции почек. Лечение. Профилактика.
76. Врождённый гипотиреоз. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
77. Аутоиммунный тиреоидит у детей. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
78. Диффузный токсический зоб у детей. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
79. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Особенности клиники в детском возрасте. Диагностика. Критерии компенсации сахарного диабета. Лечение. Профилактика. Реабилитация.
80. Сахарный диабет. Гипогликемическая кома. Этиология. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах. Профилактика осложнений.
81. Сахарный диабет. Диабетическая кетоацидотическая кома. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
82. Аденовирусная инфекция. Эпидемиология. Особенности клиники у детей. Принципы лечения.
83. Гипертермический синдром. Патогенез. Типы лихорадочных реакций. Неотложная помощь.
84. Грипп. Эпидемиология. Клиника. Принципы лечения осложненных и неосложненных форм. Специфическая профилактика.
85. Парагрипп. Клиника. Принципы лечения острых респираторных инфекций у детей.
86. Респираторно - синцитиальная вирусная инфекция. Эпидемиология. Особенности клиники и лечения. Профилактика.
87. Ветряная оспа. Эпидемиология. Особенности клиники. Дифференциальная диагностика. Лечение. Противоэпидемические мероприятия.
88. Экзантемы у детей. Дифференциальный диагноз кори, скарлатины, краснухи, аллергической сыпи.
89. Дифтерия. Этиология. Факторы патогенности. Входные ворота и пути распространения возбудителя. Классификация. Особенности клиники. Активная иммунизация
90. Дифтерия гортани. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения. Клиника и дифференциальный диагноз крупа. Лечение. Иммунизация.
91. Дифтерия ротоглотки. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения. Клиника. Дифференциальный диагноз дифтерии ротоглотки с ангиной. Диагностика. Лечение. Профилактика.
92. Токсическая дифтерия ротоглотки. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения. Клиника и дифференциальный диагноз крупа. Лечение, неотложная помощь. Активная и пассивная иммунизация.
93. Кишечные инфекции у детей. Особенности клиники, течения и дифференциальной диагностики кишечной колиинфекции у детей. Лечение, противоэпидемические мероприятия.
94. Кишечные коли-инфекции у детей. Особенности клиники. Дифференциальная диагностика. Лечение. Противоэпидемические мероприятия.
95. Сальмонеллез. Этиология. Патогенез. Особенности клиники у детей. Диагностика. Лечение. Профилактика, противоэпидемические мероприятия.
96. Коклюш. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Профилактика.
97. Корь. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз кори в различные периоды болезни. Лечение и профилактика. Осложнения.
98. Менингококковый менингит. Клиника у детей. Диагностика. Принципы лечение. Противоэпидемические мероприятия.
99. Синдром эксикоза при кишечных инфекциях. Типы дегидратации. Особенности клиники. Неотложная помощь в зависимости от типа и тяжести эксикоза.
100. Скарлатина. Этиология. Особенности эпидемиологии. Основные звенья патогенеза. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Противоэпидемические мероприятия. Профилактика.
101. Дизентерия у детей. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Особенности клиники у детей. Принципы лечения. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия.
102. Профилактическая работа участкового врача. Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми в поликлинике, его цели и задачи. Сроки обязательных осмотров детей специалистами. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н.
103. Роль детской поликлиники в медицинском обслуживании детского населения. Структура и принципы работы. Организация медицинского наблюдения за новорожденным ребенком. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н.
104. Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н). Виды профилактики. Календарь профилактических прививок (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н).
105. Организация диспансерного наблюдения за здоровым ребенком дошкольного возраста. Сроки врачебных осмотров, консультаций узкими специалистами. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н
106. Детская поликлиника. Диспансеризация детей перед поступлением в школу. Активное наблюдение и лечение детей, находящихся на диспансерном учете в условиях детской поликлиники.
107. Наблюдение за здоровыми детьми школьного возраста. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н. Передача подростков во взрослую поликлинику.
108. Вакцинация. Календарь профилактических прививок (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н). Противопоказания и осложнения. Наблюдение за детьми первого года жизни в поликлинике.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Практическое задание №1**

**Анамнез жизни:** ребёнок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Вопросы**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Определите тактику ведения

**Образец решения**

1. Синдром желтушный: кожа, склеры и слизистые желтые; интоксикационный синдром: срыгивание, вялость, сосание слабое, тахикардия.
2. Гемолитическая болезнь новорожденных
3. Фототерапия, дезинтоксикационная терапия.

**Практическое задание №2**

**Оценить нервно-психическое развитие ребёнка 6 мес.**

А3 – отличает близких от чужих

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает

Др – уверенно берёт и занимается игрушками

Ра – произносит отдельные звуки и слоги

Н – ест с ложки полужидкую пищу

**Образец решения**

А3 – отличает близких от чужих (N)

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя (N)

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки (N)

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает (N)

Др – уверенно берёт и занимается игрушками (N)

Ра – произносит отдельные звуки и слоги (N)

Н – ест с ложки полужидкую пищу (N)

**НПР – 2 группа 1 степень**

**Практическое задание №3**

Ребенок 2 месяца, масса тела при рождении 3000 гр., находится на естественном вскармливании.

**Задание:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения ситуационной задачи**

1. m (долженствующая) – 3кг+600+800=4400кг,

Vc (суточный объем) – 4400/6=733 ml

Vр (разовый объем) – 733 ml/6=122 ml

600- грудное молоко 122,0

930- грудное молоко 122,0

1300- грудное молоко 122,0

1630- грудное молоко 122,0

2000- грудное молоко 122,0

2330- грудное молоко 122,0

1. Б - 2,2 х 4,400 = 9,680

Ж – 6,5 х 4,400 =28,600

У – 13 х 4,400 = 57,200

Ккал -115 х 4,400 =506,00

**Практическое задание №4**

Ребенок 5 месяцев, масса тела при рождении 3300 гр., в настоящий момент находится на естественном вскармливании. При контрольном кормлении получил 70 мл грудного молока.

**Задание:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения**

1. m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

КК – 70 ml

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/6=165 ml

600- грудное молоко 165,0

930- каша 150,0 + сливочное масло 4,0 + грудное молоко 9,0

1300- грудное молоко 165,0

1630- грудное молоко 165,0

2000- грудное молоко 165,0

2330- грудное молоко 165,0

1. Б - 2,6 х 6950 = 18

Ж – 6,5 х 6950 = 42

У – 13 х 13 = 91

Ккал -115 х 6950 = 805,00

**Практическое задание №5**

Девочка 5 мес.

**Жалобы** (со слов матери) на беспокойство, снижение аппетита, неустойчивый стул, снижение массы тела.

**Анамнез заболевания**: ребенок с 2,5 месяцев находится на искусственном вскармливании смесью по возрасту, но ест неохотно в связи с чем докармливают разведенным коровьим молоком; первый прикорм – каша с 4 месяцев, получает кашу 2-3 раза в сутки. Условия ухода неудовлетворительные: не гуляют на свежем воздухе, купают нерегулярно. Профилактика рахита не проводится. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 срочных родов, закричала сразу, к груди приложен в родильном зале. Масса тела при рождении 3300 г, рост - 51 см. БЦЖ в роддоме. Из перенесенных заболеваний ОРИ - 2 раза, острый отит (в 1,5 мес.).

**Объективно**: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, масса тела – 6200 г, рост – 65 см, большой родничок 1,5х1,5 см., края податливые. Кожные покровы бледные, эластичность кожи снижена. Подкожно-жировая клетчатка истончена на передней брюшной стенке, тургор тканей удовлетворительный. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД – 30 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 135 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый со склонностью к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики нет.

НПР: Аз – 5 месяца, Ас – 5 месяца, Э – 5 месяца, До – 5 месяца, Др – 4 месяца, Н – 4 месяца.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 120 г/л, RBC – 4,1х1012/л, WBC – 8,2х109/л, NEUT – 40%, LYMPH – 49%, MONO – 8%, EO – 3%, СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ: количество 30 мл, уд. вес – 1018, реакция – кислая, светло-желтая, прозрачная, лейкоциты – 0-1 в п/з., плоский эпителий – 0-1 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, фосфаты в небольшом количество.

БАК: PRO – 72 г/л, GLU – 4,5 мкмоль/л, BIL – 18,6 мкмоль/л, Са – 2,0 ммоль/л, Р – 1,2 ммоль/л.

Копрограмма: цвет – желтый, кашицеобразный, нейтральный жир – небольшое количество, жирные кислоты – ед., йодофильные бактерии – большое количество, лейкоциты – 10-12 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, слизь - большое количество.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените обследование ребенка

3.Поставьте предварительный диагноз.

4.Составьте план дополнительного обследования.

5.Определите тактику ведения пациента.

**Эталон решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Практическое задание №6**

Мальчик 6 мес.

Жалобами со слов родителей на плохую прибавку в весе, жидкий стул до 6-8 раз в сутки.

**Анамнез жизни:** ребенок от I срочных родов, беременность протекала с токсикозом I половины, на фоне обострения хронического пиелонефрита в 20 недель; ребёнок родился с массой тела – 3500, длиной 52 см, находился на грудном вскармливании до 1 месяца, затем переведен на искусственное, получает адаптированную смесь «NAN 1» по 150,0 мл 6 раз в день, периодически отмечается гиперемия щёк и ягодиц, шелушение, опрелости в паховых складках. Генеалогический анамнез: у отца – хронический эрозивный гастрит, у бабушки по линии матери – экзема.

**Социальный анамнез**: семья полная, жилищно-бытовые и материальные условия удовлетворительные.

**Антропометрия**: масса – 6000гр., рост – 65 см., окружность головы – 42 см., окружность груди – 43 см.

**Психометрия**: Аз – 5мес., Ас – 5мес., До – 5мес., Др – 5мес., Ра – 5мес., Рп – 5мес., Н – 4мес.

Мед. отвод от АКДС.

**Анамнез заболевания:** с недельного возраста у ребенка отмечаются эпизоды кишечной колики, жидкий стул на фоне нормальной температуры тела и удовлетворительного состояния. При попытке введения овощного пюре у ребенка отмечалось учащение стула до 5-6 раз, беспокойство, метеоризм. Поступил на обследование и лечение.

**Объективно:** Общее состояние у ребенка средней тяжести. Температура тела нормальная. Питание понижено, подкожно – жировой слой истончен на животе и бедрах, толщина кожной складки на уровне пупка 1 см. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, себорейные корочки над бровями, гиперемия щек, шелушение, опрелости в ягодичных складках. Большой родничок 1,0 х 1,0 см, края плотные. Дыхание везикулярное, число дыханий 40 в минуту. Границы относительной сердечной тупости правая – парастернальная линия; верхняя – II межреберье; левая – на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот увеличен в размерах, вздут, урчание при пальпации. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул при приеме в отделение кашеобразный, желтый с примесью слизи.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Практическое задание №7**

Девочка 2 года

**Жалобы** со слов матери на снижение аппетита, отказ от пищи, рвоту, температуру тела до субфебрильных цифр, беспокойство.

**Анамнез заболевания**: больна около 5 месяцев. По мнению матери, до 6-месячного возраста была совершенно здорова, ничем не болела. С 6 месяцев отмечается снижение аппетита, частые отказы от еды, ни с чем несвязанные рвоты, подъемы температуры до субфебрильных цифр, беспокойна.

**Анамнез жизни**: от 1 доношенной беременности. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 54 см. Находится на естественном вскармливании, прикормы введены в срок, получала профилактическую дозу витамина Д - 500 МЕ ежедневно. В 8 месяцев перенесла сегментарную пневмонию. С этого времени стали проявляться отставание в физическом и нервно-психическом развитии. Девочка сидит с трудом, на ножки не встает. Лечилась по поводу рахита, гипотрофии, лечение обычными дозами витамином Д в течение 45 дней, что не дало никакого результата.

**Объективно:** Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Правильного телосложения. Масса тела 9600 г, длина - 75 см. Кожные покровы сухие с сероватым оттенком, выражена складчатость кожи, особенно на конечностях. Подкожно-жировой слой слабо выражен. Резко выраженная гипотония мышц. Имеется деформация черепа в виде отчетливо выдающихся теменных бугров, уплощенного затылка. Грудная клетка развернута. Отчетливая «Гаррисонова борозда». Большой родничок 1х1 см, зубы 0/2. Х-образное искривление костей ног, руки деформированы. Над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 110 в минуту. Живот увеличен, печень пальпируется на 5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Отмечается склонность к запорам. Мочеиспускание учащено.

НПР: С-1г. 9месяца, Д-1г. 6месяца, И-1г. 6месяца, Н-1г. 6 мес., Ра и Рп-1г. 6 мес.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ: остеопороз костей.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдромы поражение нервной системы, костной системы, мышечной системы, полиурия.
2. Отставание ФР очень низкая масса при очень низком росте (1 коридор), НПР – 3 группа, 4 степень, Р костей – остеопороз
3. Синдром Фанкони (де Тони-Дебре)
4. ОАК, ОАМ, биохимия крови: кальций, фосфор, натрий, хлориды, креатинин, глюкоза; 1,25 (ОН)2D3, паратгормон. Биохимический анализ суточной мочи: экскреция кальция, фосфора и белка, глюкозы, аммония, титруемые кислоты.
5. Дегидратация, коррекция ацидоза, гипонатриемии, гипокалимии, гипофосфатемии, бикарбонат натрия, препараты калия, фосфора, витамин Д3 0,02-0,05 мкг/кг/сутки, индометацин 0,5-1,5 мг/кг/сутки при отсутствии эффекта.

**Практическое задание №8**

Мальчик 11 лет

**Жалобы** на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита, высыпания.

**Анамнез заболевания**: болен в течение последних 2 месяцев, когда впервые мама заметила появление синяков на теле у ребенка, в последние три дня синяков стало больше, появилась кровоточивость десен, заболевание ни с чем не связывает.

**Анамнез жизни**: родился от I беременности, протекавшей без особенностей, от молодых здоровых родителей. Матери 30 лет, отцу – 32 года. Мать работает библиотекарем, отец строителем. Материальные и бытовые условия в семье удовлетворительные. Масса при рождении 3800 гр., длина 52 см. Вскармливался грудью до 1 г. 2 мес., развивался хорошо, болел мало, все прививки получил своевременно.

**Объективно**: состояние ближе к тяжелому, мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания: масса - 40 кг, рост - 150 см. Кожа бледная с восковидным оттенком. Слизистые бледные. На коже множество экхимозов различного цвета – от фиолетовых до желтых – размером 2-4 см., возникли самопроизвольно. Пальпируются увеличенные подчелюстные и шейные лимфоузлы до размера крупной фасоли, плотно-эластичной консистенции, не спаянные друг с другом, безболезненные, подмышечные и паховые лимфоузлы - плотно-эластичные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями, размером до горошины. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Отмечается болезненность при постукивании по большеберцовой кости. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца средней громкости, ритмичные, ЧСС 96 в минуту. Короткий систолический шум на верхушке и в т. Боткина за пределы сердца не проводится. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под ребра на 2 см, край плотный, гладкий б/болезненный. Селезенка пальпируется на 6 см ниже реберной дуги. Дизурических расстройств нет. Стул ежедневно, оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 70g/L, RBC – 2,2х1012/L, WBC – 50x109/L, PLT – 90,0x109/L, NEUT – 57%, MONO – 1%, LYMPH – 11%, бластные клетки – 31%, СОЭ – 30мм/час.

**Вопросы**:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Лимфоаденопатия, геморрагический.
2. Лейкоцитоз, тромбоцитопения, бласты в периферической крови.
3. Острая лейкемия
4. Пункция костного мозга
5. Химиотерапия

**Практическое задание №9**

Мальчик, 11 лет

Поступил в клинику по направлению участкового педиатра с жалобами на мелкоточечную сыпь на нижних конечностях, боли в суставах, общую слабость.

**Анамнез жизни:** родился доношенным с массой 3500 г, длина - 52 см. Рос­ и развивался соответственно возрасту. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании, до года отмечались проявления аллергического конституционального дерматита. Часто болел простудными заболеваниями.

**Анамнез заболевания:** болен в течение недели. Три недели назад перенес стрептодермию, накануне вечером появились боли в коленных и голеностопных суставах, а с утра в день поступления состояние ухудшилось: усилились боли в суставах в суставах нижних конечностях, появились высыпания на ногах.

**Объективно:** при поступлении состояние средней тяжести, вялый, отмечалась бледность кожных покровов, наличие симметричных геморрагических высыпаний на коже голеней и вокруг крупных суставов. Суставы по внешнему виду не изменены, объем движений не ограничен. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обе­их сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

**ОАК**: HGB – 120г/л, RBC – 3,5х1012/л, WBC – 6,0 х 109/л, PLT – 2,5 х 109/л

**ОАМ**: относительная плотность – 1012, белок – отрицательный, прозрачная, Л – 1-2, эпителий – 2 - 3 в п/зр.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы
2. Определите тип кровоточивости
3. Поставьте клинический диагноз
4. Составьте программу лечения

**Образец решения**

1. Геморрагический.
2. Васкулитно-пурпурный.
3. Диагноз: Геморрагический васкулит. Кожная форма.
4. ОАК: тромбоциты, гематокрит, длительность кровотечения

- биохимический анализ крови: об. белок, белковые фракции, СРБ, серомукоид;

- иммунограмма;

- коагулограмма (время свертывания, этаноловый тест и др.);

- вирусологическое обследование (вирусы гепатита, ЦМВ, герпеса);

- ОАМ, копроцитограмма (по показаниям посев на ЭПКГ);

- осмотр ЛОР-врача, стоматолога;

1. Программа лечения:

* ограничение двигательной активности;
* энтеросорбенты (полифепан, карболен, энтеросорб, полисорб, смекта);
* антиагрегантные средства (курантил, трентал).

**Практическое задание №10**

Девочка, 9 лет,

**Жалобы** на длительный субфебрилитет, боли в суставах и мышцах нижних конечностей, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

**Анамнез жизни**: ребенок от II преждевременных родов на 37-38 неделе беременности. Масса при рождении 2100, длина 46 см. беременность протекала без частые простудные заболевания и ангины (2-3 раз в год). Наследственность по сердечно-сосудистой патологии не отягощена.

**Анамнез заболевания**: считает себя больной на протяжении 2 недель, когда вечером поднялась температура до 38.5, появились катаральные явления, недомогание, слабость. Участковым педиатром был выставлен диагноз ОРВИ, лечилась амбулаторно, получала симптоматическую и макролиды. Состояние улучшилось, однако сохранялись жалобы на недомогание, слабость, боли в нижних конечностях, бледность кожных покровов. После появления геморрагической сыпи была направлена на стационарное лечение.

**Объективно**: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с землистым оттенком. На обоих предплечьях, локтевых сгибах, боковых поверхностях туловища мелкая геморрагическая сыпь. Дыхание через нос свободное, грудная клетка равномерно участвуют в акте дыхания, ЧД – 26 в минуту. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II ребро; левая – передняя подмышечная линия; правая – правый край грудины. Аускультативно «дующий» шум в IV-V м/р у левого края грудины и на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Язык чистый, влажный, розовый. Живот распластан. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, ежедневный. Область почек не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 96 г/л, RBC – 3,2х1012/л, WBC – 14,109/л, BASO – 3%, NEUT – 80%, EO – 1%, LYMPH – 10%, MONO – 6%, СОЭ – 46 мм/час.

На ЭКГ нагрузка на миокард левого желудочка.

ЭхоКС: умеренная дилатация полости левого желудочка (на 5мм). Толщина миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки – в пределах возрастной нормы. Створки митрального клапана “разрыхлены”, утолщены, пролабируют в полость левого предсердия во время систолы до 5мм. На передней створке выявляются вегетации диаметром до 4мм. Другие сердечные клапаны не изменены. Показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики умеренно снижены.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Практическое задание №11**

Мальчик, 8 месяцев

Поступил в стационар на обследование с жалобами (со слов мамы) на цианоз носогубного треугольника, плохую прибавку в массе тела.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 2990 г, длина - 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание грудное, прикорм по возрасту.

**Анамнез заболевания:** с первых дней жизни выслушивался систолический шум, отмечается цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве. За последние 6 месяцев отмечалась плохая прибавка в массе. Перенес ОРВИ 2 раза, пневмонию.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6500 г, длина – 66 см. Кожные покровы чистые, бледные. Цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус сохранен. Голова округлой формы. Большой родничок 0,5х0,5 см края плотные. Грудная клетка цилиндрической формы, в области грудины несколько выбухает. Перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, ЧД - 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 кнаружи от правой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ритмичные, систолический шум, короткий, негрубый во II-III межреберье слева от грудины. ЧСС - 140 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 128 г/л, RBC – 3,96х1012/л, WBC – 8,4х109/л, NEUT – 34%, LYMPH – 60%, MONO – 6%, СОЭ – 4 мм/час.

БАК**:** PRO – 76 г/л, BIL – 18,5 мкмоль/л, Ca – 2,8 ммоль/л, P – 1,75 ммоль/л.

ОАМ**:** светло-желтая, прозрачная, рН – слабокислая, Р – 1014, лейкоциты – 1-3 в п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Практическое задание №12**

Девочка, 11 лет.

**Жалобы**: на интенсивные, ноющие боли в эпигастральной области интенсивные, чаще перед едой или через 1,5-2 часа после еды, отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам, периодически приступы кашля, редкие боли за грудиной.

**Анамнез заболевания**: больна с 10 лет, питается нерегулярно, часто всухомятку. В течение последнего года периодически беспокоят боли в животе, лечилась самостоятельно (ферменты, иногда антацидные препараты). Последнее ухудшение состояния в течение 2 месяцев, на фоне подготовки к концерту (учится в школе искусств) появились резкие боли в животе, отмечалась однократная рвота, нарушение стула.

**Анамнез жизни**: ребенок от I срочных родов. Масса при рождении 3800гр. Вскармливание естественное до 3 месяцев, затем адаптированная смесь до 1 года. В весе прибавляла плохо, отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. До 3 лет неоднократно лечилась по поводу дисбактериоза кишечника. Девочка с 6 лет учится в гимназии, музыкальной школе, художественной студии.

**Генеалогический анамнез**: отец девочки страдает хроническим гастритом, ГЭРБ.

**Объективно**: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 30 кг, рост 135 см. Кожные покровы умеренно бледные, периорбитальные тени. Зев спокойный. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, равномерно участвует в дыхании, несколько вздут. Поверхностная пальпация безболезненная, при глубокой пальпации значительная болезненность в эпигастральной области и справа от пупка. Симптомы Мерфи, Керра, Ортнера - отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стула не было в течение 2 суток.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 110 г/л, RBC – 3,0х1012/л, PLT – 250х109 /л, WBC – 9,5х109/л, LYMPH – 58%, LYMPH – 39%, MONO – 3%, EO – 0%, СОЭ – 10 мм/час.

БАК: PRO – 68 г/л, GLU – 3,3 мкмоль/л, Fe – 14 мкмоль/л, BIL – 15,4 мкмоль/л,

ФЭГДС: пищевод свободно проходим, стенки эластичные, перистальтика симметричная, активная, слизистая гиперемирована, гладкая, блестящая. Z-линия четкая, кардия расположена типично, сомкнута, проходима, функционирует ритмично. В теле желудка слизистая гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. По задней стенке желудка округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. На дне язвы определяется эрозивные сосуды со сгустком крови, после удаления которого открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12 перстной с выраженным отеком и гиперемией. кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой и конвергенции складок. Слизистая луковицы. рН – гиперацидность.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените данные обследования.

3.Поставьте клинический диагноз.

4.Составьте план ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром болевой абдоминальный: боль в животе, диспепсический: отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам; гиперсекреторный: склонность к запорам, боль в животе, густо обложенный язык; синдром мальабсорбции: снижение массы тыла, вздутый живот, плохой аппетит, неустойчивый стул.
2. В ОАК – снижение гемоглобина и эритроцитов, в БАК железо на нижней границе нормы; ФГДС – язва задней стенки желудка, признаки воспаления в желудке и 12 перстной кишки.
3. Впервые выявленная язвенная болезнь желудка, неосложненная, фаза обострения, фаза свежей язвы, с повышенной кислотообразующей функцией Нр позитивная.
4. Госпитализация, стол №1, лечение препаратами 1 линии: ИПП (4 недель) + амоксиклав+кларитромицин 14 дней; спазмолитики, антоцидные препараты, контроль ФГДС через 8 недель.

**Практическое задание №13**

Девочка, 4 месяца

**Жалобы** (со слов мамы) на высокую температуру, рвоту, редкое мочеиспускание.

**Анамнез заболевания**: заболела 9 дней назад, отмечались катаральные явления, температура до 37,60С, получила симптоматическое лечение, с положительным эффектом, на 9 сутки состояние резко ухудшилось, вновь повысилась температура, появилась рвота, стала редко мочиться. Сделана рентгенограмма грудной клетки, исключена пневмония, направлен в инфекционный стационар.

**Анамнез жизни**: ребенок от II беременности, с угрозой прерывания в первом триместре, острого бронхита в третьем триместре, без антибактериальной терапии. Роды в срок, физиологичные, девочка родилась с массой – 3600 г, длиной – 52 см.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, температура 39,60. Масса тела – 5700 г, рост – 62 см. Кожные покровы бледные-розовые, горячие на ощупь. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 60 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 180 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации болезненный во всех отделах. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое, моча мутная. Стул 3-4 раза в сутки, кашицеобразный, желто-зеленого цвета.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 130 г/л, RBC – 4,3 х 1012/л, WBC – 28х109/л, LYMPH – 72%, NEUT – 20%, MONO – 7%, EO – 1%, СОЭ – 25 мм/час.

БАК**:** PRO – 60 г/л, альбумины – 52%, СРБ – 9мг/л, ДФА – 0,32 ЕД, CHOL – 4,2 ммоль/л, UREA – 5,7 ммоль/л, CREAT – 73 мкмоль/л

Проба Реберга – СКФ – 56 мл/мин, КР – 98 %.

ОАМ: количество – 150 мл, мутная, белок – 0,066%, лейкоциты 25-30 в п/з, соли-оксалаты сплошь, бактерии в большом количестве.

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам – E. Coli 100000 МЕ, чувствительная к амоксициллину, оксациллину, цефтриаксону.

УЗИ почек и мочевого пузыря: положение обычное, контуры четкие ровные, размеры: D - 50 х 23мм, L - 48 х 27мм. Повышена эхогенность паренхимы обеих почек. Лоцируются гипоэхогенные пирамидки. ЧЛС до и после микции не расширена. Мочеточники не расширены. Мочевой пузырь обычной формы, с четким ровным контуром. Наполнен слабо до 24 мл, содержимое однородное. Стенка не утолщена. После микции объем остаточной мочи - 2 мл (9%).

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; дизурический: редкие мочеиспускания; интоксикационный: гипертермия, бледность; болевой: боли при пальпации живота.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки воспаления; в посеве мочи E. Coli; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, стол 7, обильное питье (морс клюква, брусника, почечный сбор), антибиотикотерапия по результатам посева мочи (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней);
4. Диспансеризация только для детей с хроническим пиелонефритом

**Практическое задание №14**

Мальчик, 14 лет

**Жалобы** на головную боль, отеки на лице.

**Анамнез заболевания**: Болен неделю. 2 недели назад перенес обострение хронического тонзиллита, лечился амбулаторно – орошение зева раствором мирамистина. Затем родители заметили отеки век по утрам, появились головные боли. Обратились к врачу, и ребенок был направлен в стационар.

**Анамнез жизни**: Рос и развивался соответственно возрасту. С 6 лет страдает хроническим тонзиллитом, обострение 2 раза в год.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Масса тела 58 кг, длина - 164 см. Телосложения правильного. Кожа чистая, бледная, веки отечные. Пастозность голеней. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Зев спокойный. Миндалины увеличены, разрыхлены, с глубокими лакунами. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД - 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; правая - по правому краю грудины; верхняя - III межреберье. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД - 152/95 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 100 г/л, RBC – 3,3х1012/л, WBC – 6,7х109/л, NEUT – 25%, LYMPH – 67%, EO – 4%, MONO – 4%, СОЭ – 18 мм/час.

БАК**:** PRO – 68 г/л, альбумины – 40%, GLU – 3,7 ммоль/л, UREA – 5,8 ммоль/л, CREAT – 77 ммоль/л, CHOL – 5,2 ммоль/л, СРБ ++, АСЛ-О – 250 МЕ/мл (N <10 лет – не более 150 МЕ/мл).

Проба Реберга: клубочковая фильтрация – 80 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 99%,

ОАМ**:** количество 100 мл, реакция - кислая, полупрозрачность, белок – 0,536%0, эритроциты – выщелоченные в большом количестве, лейкоциты - 1-2 в п/зр., цилиндры гиалиновые – единичные.

**Копрограмма:** мышечные волокна с исчерченностью – 0-1, жир нейтральный – незначительное количество, эпителий цилиндр. – 1-2.

Окулист**:** глазное дно среда прозрачная, вены расширены, артерии сужены.

Анализ мочи по Зимницкому**:** кол-во – 1200

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № порции | Относительная плотность | Количество мочи в литрах | Дневной диурез – 820 мл  Ночной диурез – 380 мл  Общий диурез – 1200 мл |
|  | 1010 | 120,0 |
|  | 1012 | 150,0 |
|  | 1013 | 190,0 |
|  | 1009 | 180,0 |
|  | 1008 | 180,0 |
|  | 1008 | 100,0 |
|  | 1010 | 80,0 |
|  | 1012 | 100,0 |

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; отечный: пастозность голеней; гипертензионый: головная боль, повышение АД.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки поражения гломерулярного аппарата почки; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, диета с ограничением потребления соли, вода по предыдущему диурезу, ограничение белка, при снижении функции почек ниже 60 мл/мин постельный режим (АГ, отеки), антибиотикотерапия (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней), ингибиторы АПФ для снижения АД.
4. Диспансеризация в течение 1 года, при наличие хронического тонзиллита – бициллин 5 - 1 раз в 4 недели, анализ мочи через месяц, затем 1 раз в квартал.

**Практическое задание №15**

Мальчик, 7 дней.

**Анамнез жизни:** ребенок от 2 беременности (1-ая – мед аборт), на фоне гестоза (симптоматическое лечение), угрозы прерывания в 32 недели, без вредных привычек. Роды на 37 неделе, стремительные, оценка по Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на 2-е сутки (патология со стороны ЦНС), неонатальная желтуха с 3х суток.

**Вопросы**:

1. Используя таблицу риска по развитию патологии, оцените анамнез и поставьте группу риска.

**Образец решения**

Группа риска по патологии ЦНС, врожденным порокам развития (угроза прерывания, роды на 37 неделе, оценка по Апгар 7/8 баллов.

**Практическое задание №16**

Ребенок 10 лет находился на лечении в кардиоревматологическом отделении детской больницы. Диагноз при выписке: Ревматизм, активная фаза, первичный эндомиокардит, полиартрит. Ребенок выписан в состоянии клинико-лабораторной ремиссии.

**Вопросы**

1. Группа здоровья
2. Составьте план диспансерного наблюдения на ближайший год.

**Образец решения**

1. Группа здоровья III
2. Кардиолог ежеквартально, бициллинопрофилактика 600 000 МЕ ежемесячно, ЭХОКС ч/з 6 месяцев.

**Практическое задание №17**

Девочка, 5 месяцев

Жалобы на кашель, одышку.

**Анамнез жизни:** ребёнок от нормально протекавшей беременности, срочных родов, массой при рождении 3500 г., 50 см. длиной, на 7/9 баллов по Апгар. Естественное вскармливание до 1,5 месяцев, затем искусственное, с этого времени прибавляла в массе больше нормы. Социальный анамнез: семья полная, микроклимат доброжелательный. Материальные условия: удовлетворительные. Бытовые условия: удовлетворительные. Старший ребенок в семье 2 года посещает ДДУ, часто болеет респираторными заболеваниями (ларингитами). У мамы лекарственная и пищевая аллергия.

**Анамнез заболевания:** в 3-х месяца ребенок перенес ОРИ, получал симптоматическое лечение. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. Направлена на лечение в стационар.

**Состояние при поступлении:** состояние тяжелое. Т 38,6°С. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧДД 64 в мин. Кожа обычной окраски, умеренной влажности, чистая. Дермографизм розовый. Слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев розовый, десны набухшие, болезненные при надавливании. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха. Границы сердца правая на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС 160 в мин. Язык розовый. Живот несколько вздут при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза кашицеобразный, желтый без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Масса 7150 кг, рост 63 см.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 118г/л, RBC – 4,3х1012/л, MCV – 80 fl, MCH – 27pg, MCHC – 31g/l, RDV – 11,5%, PLT – 247х109/л, MPV – 8,3fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 5,4х109/л, NEUT – 31%, LYMPH – 58%, EO – 3%, MONO – 8%, СОЭ – 15 мм/час.

ОАМ: цвет-желтая, прозрачная, рН-5,5, относительная плотность – 1005, белок – отрицательный, уробилин – отрицательный, ацетон – отрицательный, глюкоза – отрицательная, лейкоциты – 0-1-2в п/зр, эритроциты – нет, слизь +.

Рентгенография грудной клетки**:** отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое состояние диафрагмы.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Оцените данные обследования
4. Определите тактику ведения и лечения пациента.

**Образец решения**

1. Гипертермический: температура; бронхообструктивный: втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха; дыхательной недостаточности: синдром дыхательной недостаточности: периоральный цианоз, ЧД 64, ЧСС – 160 в минуту.
2. Бронхиолит, ДН 1-2 степени, Риск развития БА.
3. ОАК – лейкопения, ОАМ – без патологии.
4. Госпитализация, определение сатурации, респираторная поддержка (кислородотерапия), ПЦР на РС-вирус, антигипертермическая терапия (парацетамол, ибупрофен).

**Практическое задание №18**

Девочка, 9 лет.

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ - редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД - 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Объясните патогенез возникновения ведущего клинического синдрома.
2. Поставьте предварительный диагноз согласно классификации.
3. Критерии пневмонии.
4. Составьте план обследования.

**Образец решения**

1. Наиболее частым путём проникновения микроорганизмов в лёгочную ткань является бронхогенный. Далее, при пневмонии любой этиологии, происходит фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол, распространение микроорганизмов за пределы респираторных бронхиол вызывает воспаление лёгочной ткани — пневмонию. За счёт нарушения бронхиальной проходимости возникают очаги ателектаза. Рефлекторно, с помощью кашля и чихания, организм пытается восстановить проходимость бронхов, но в результате происходит распространение инфекции на здоровые ткани, и образуются новые очаги пневмонии. Развивается кислородная недостаточность, дыхательная недостаточность, а в тяжёлых случаях и сердечная недостаточность.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Диагноз ВП может быть достоверным или вероятным. Достоверный диагноз ВП — выявление на рентгенограмме грудной клетки инфильтрации легочной ткани и наличие не менее 2 из нижеследующих критериев: 1) лихорадка выше 38 °С в течение 3 и более суток; 2) кашель с мокротой; 3) физикальные симптомы пневмонии; 4) лейкоцитоз >15×109 /л и/или число палочкоядерных нейтрофилов 10%. Вероятный диагноз ВП — наличие лихорадки, кашля и локальных физикальных симптомов пневмонии, но не проведена рентгенография грудной клетки.
4. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови общетерапевтический, рентгенограмму грудной клетки, общий анализ мочи; по показаниям: исследование физических свойств мокроты, бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, ЭКГ, пульсоксиметрия, томография легких.

**Практическое задание №19**

Девочка, 9 лет.

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ - редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 132 г/л, RBC – 4,2х1012/л, WBC – 17,8х109/л, NEUT – 87%, EO – 3%, LYMPH – 8%, MONO – 2%, СОЭ – 34 мм/час.

БАК: PRO– 60 г/л, BIL – 10,4 мкмоль/л.

ОАМ: кол-во 40 мл, реакция кислая, прозрачность - полная, удельный вес - 1018 белок – отрицательный, сахар – отрицательный, лейк- 1-2 в п/зр., плоский эпителий – 3-4 в п/зр.

Копрограмма: оформленный, коричневый, слизи нет, мышечные волокна – 0-1, йодофильные бактерии – 0-1, простейшие – не обнаружены, я/глист – не обнаружены.

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается затемнение в нижней доле левого легкого. Усиление легочного рисунка с обеих сторон

**Вопросы:**

1. Оцените лабораторные и инструментальные исследования.
2. Поставьте диагноз согласно классификации.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Прогноз заболевания.

**Образец решения:**

1. ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК – без особенностей. ОАМ - норма. Копрограмма – без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки – левосторонняя пневмония.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Режим больного c ВП — постельный с расширением после нормализации температуры тела. При быстром эффекте лечения перевод на общий режим допустим уже на 6–10 день болезни. Антибиотикотерапия: аминопенициллины, 45-90 мг/кг, 2-3 раза в сутки; длительность АБТ определяют тяжесть и течение заболевания, а также наличие фоновых заболеваний, при ВП, вызванной типичными бактериями длительность терапии обычно составляет 7–10 дней; Применение противовирусных препаратов показано при ВП вирусной этиологии (прежде всего гриппозной), а также при ВП, резвившийся на фоне текущей ОРВИ; симптоматическая терапия – инфузионная терапия показана пациентам с интоксикацией в объеме не более 40 мл/кг/сут под контролем диуреза, электролитов сыворотки крови, гематокрита, НПВС, муколитики, β-агонисты, антигистаминные препараты показаны только у детей с обострением атопических заболеваний на фоне ВП, назначение пробиотиков рекомендуется у пациентов с фоновыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта,
4. План диспансерного наблюдения включает наблюдение в течение 6 месяцев в медицинских организациях I уровня врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом) по месту жительства, по показаниям — пульмонологом. Клинический минимум (ОАК, ОАМ) 2 раза в год. Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3–4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенний период (2–3 недели). Немедикаментозная терапия: а) Физиотерапия (диатермия на область надпочечников, УФО общее и зональное). б) Массаж (грудной клетки, носа, общий массаж, массаж БАТ). в) ЛФК, дыхательная гимнастика (надувание воздушных шаров, выдувание мыльных пузырей, игра на трубе, флейте и др.). Группа закаливания II-III. Закаливающие процедуры разрешают через 1–2 месяца после заболевания. Группа для занятий физкультурой – подготовительная первые 6 месяцев после выписки, далее – основная. Большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель при нетяжелой и 12 недель после осложненной пневмонии. Вакцинация - профилактические прививки разрешаются через 1–2 месяца после выздоровления в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания. Плановая вакцинация проводится после выздоровления. Возобновление закаливания возможно через 2–3 нед после нормализации температуры, занятия спортом допустимы через 6–12 недель после выздоровления (в зависимости от тяжести пневмонии). Специфическая профилактика ВП включает иммунизацию против пневмококковой и гемофильной инфекции, гриппа, а также против коклюша, кори и РС-инфекции.
5. Благоприятный.

**Практическое задание №20**

Ребенок, 12 лет.

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика средней тяжести, речь, физическая активность сохранена. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, вздута, ригидна. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие свистящие хрипы по всем легочным полям. ЧД - 30 в минуту. SaO2 - 96%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Выделите основные симптомы заболевания.
2. Выделите факторы, предрасполагающие к развитию заболевания.
3. Назовите факторы, вызывающие обострение заболевания (триггеры).
4. Поставьте диагноз согласно классификации.
5. Какие изменения лежат в основе проявления болезни.

**Образец решения:**

1. Кашель, приступы одышки.

2. Отягощенный аллергоанамнез по БА, искусственной вскармливание с 2 мес., «атопический марш» с 3 месяцев.

3. Употребления яиц, молока, контакт с домашней пылью, библиотечной пылью, шерстью собаки и кошки.

4. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ легкой степени.

5. Отек слизистой, гиперсекреция слизи, бронхоспазм.

**Практическое задание №20**

Ребенок, 12 лет.

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика тяжелое, свистящее дыхание слышно на расстояние, экспираторная одышка 36 в минуту, речь отдельными фразами, ребенок в вынужденном положение с наклоненном туловищем. SaO2 - 93%. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка вздута, ригидна. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие, свистящие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Каков алгоритм оказания неотложных мероприятий при данном состоянии
3. Перечень исследования для подтверждения диагноза
4. Какова базисная терапия после ликвидации угрожаемого жизни состояния
5. Какова терапия приступа БА

**Образец решения:**

1. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ средней степени тяжести.

2. При приступе средней степени: ингаляция аэрозоля сальбутамолоа или раствор беродуала через небулайзер, будесонида 1 мг, кислородотерапия.

3. ОАК, БАК: общий IgE; рентгенограмма грудной клетки, ФВД.

4. Гипоаллергеннный быт, гипоаллергенная диета, базисная терапия 3 ступени: топические ИГКС, курсом 3 месяца, ведение дневника ПСВ.

5. Терапия приступа зависит от степени тяжести приступа и включает применение β2-агонистов, топических ИГКС, оксигенотерапию.

**Практическое задание №22**

Мальчик, 12 лет

**Жалобы** на жажду и сухость во рту, похудание, тошноту, обильное мочеиспускание.

**Анамнез заболевания:** болен сахарным диабетом с 6 летнего возраста, находится на заместительной терапии инсулином (короткого и продленного действия) в суточной дозе 20 ед. ухудшение состояния отмечаются в течение недели.

**Объективно при поступлении:** Состояние тяжелое. Сознание сохранено, но ребенок заторможен, на вопросы отвечает с задержкой. Отмечается запах ацетона изо рта, сухость кожи, слизистых. Подкожно жировая клетчатка слабо выражена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС - 100 в минуту, АД – 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная, печень на 1 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускания свободные, безболезненное. Диурез 2800 мл в сутки. Антропометрия: рост 148 см, масса 38 кг.

Половое развитие: Р-2, А-1, V-0, L-0, F-0.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 120 г/л, RBC – 3,5х1012/л, PLT – 230 х 109/л, WBC – 10,6х109/л, NEUT – 59%, LYMPH – 38%, MONO – 2%, EO – 1%, СОЭ – 26 мм/час.

Сахар крови – 17 ммоль/л.

БАК**:** PRO – 71г/л, UREA – 3,7 ммоль/л, CREAT – 47 ммоль/л.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, глюкозурия 3%, ацетон резко положительный (++++), белок - отсутствует, эпителий – 1 - 2 в п/з, лейкоциты – 1-2, п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте клинический диагноз согласно классификации
4. Определите тактику ведения пациента

**Образец решения**

1. Гипергликемический синдром: жажда, полиурия, похудание, сухость кожи и слизистых; синдром кетоацидоза: спутанность сознания, вялость, слабость, снижение давления, тахикардия, тахипноэ, тошнота, запах ацетона изо рта, боли в животе.
2. В ОАК – ускорение СОЭ, сахар крови высокий, в ОАМ глюкозурия, ацетон.
3. Сахарный диабет 1 типа, осложненный кетоаидозом, прекоматозное состояние, стаж заболевания 6 лет.
4. Госпитализация в эндокринологический стационар, ПИТ, дезинтоксикационная терапия.

**Практическое задание №22**

Мальчик, 5-дней.

**Анамнез жизни:** ребенок от 2 - й беременности, 1 срочных родов, масса тела при рождении 4250 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

**Объективно:** температура - 35,8°С. Состояние удовлетворительное. При осмотре спокоен, не плачет, иногда засыпает. Пропорционального телосложения. Голова округлая, окружность - 36 см, большой родничок 3х3 см, малый родничок открыт - 0,6 см. Кожа прохладная, бледная с мраморным рисунком.  Выявлено вздутие живота, пупочная грыжа, отек мошонки. В неврологическом статусе генерализованная гипотония и гипорефлексия. Частота дыхания составляет 36 в минуту. Аускультация грудной клетки: дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены и ритмичны, с ЧСС 100 ударов в минуту. Печень не увеличена (+1,5 см).  Живот мягкий при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное. Стул один раз в сутки кашицеобразный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите основные симптомы.
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение ребенку.

**Практическое задание №23**

Мальчик, 1 год 8 месяцев

**Жалобы** на повышение температуры до 38о, грубый кашель, изменение голоса, насморк, беспокойство ребенка.

**Анамнез заболевания:** ребенок болен 4 дня. Заболевание началось с кашля, насморка, слезотечения. Затем состояние ухудшилось. Температура повысилась до 38о, кашель стал грубым, лающим, голос изменился, стал хриплым. В лечении получал тепловые процедуры, капли в нос, отхаркивающую микстуру. На 4 день заболевания состояние ухудшилось.

**Анамнез жизни:** родился от III беременности, III родов. Часто болел ОРЗ и страдает экссудативно-катаральным диатезом. АДС - М получил трехкратно. Других прививок не получал. Сестры 5,6 лет здоровы, обе получили все профилактические прививки, посещают детский сад.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, беспокойный. Кожные покровы бледноваты, цианоз носогубного треугольника. Лицо одутловатое, из носа серозное отделяемое. В зеве разлитая гиперемия, на слизистой мягкого и твердого неба красные правильной формы пятна величиной 0,3х0,5 см. На слизистой оболочке боковой поверхности щек имеются белесоватые пятнышки величиной с просяное зерно. За ушами, на коже лба папулезная единичная сыпь. Периферические лимфоузлы до 2 cм. Дыхание через нос затруднено. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, надключичных, подключичных ямок, межреберных мышц одышка на вдохе, выслушиваются сухие хрипы. Перкуторный звук с коробочным оттенком, ЧД 38/мин. Область сердца не изменена. Границы относительно сердечной тупости в пределах возможной нормы. Тоны средней громкости, учащены, пульс 140/мин. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень у реберной дуги, стул оформленный. Мочевыделительная система без видимой патологии, мочится свободно. Сознание сохранено менингеальных симптомов нет.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 132 g/L, RBC – 4,0х1012/L, WBC – 14,9×109/L, NEUT – 75%, LYMPH – 20%, MONO – 10%, СОЭ – 28 мм/час

ОАМ: Удельный вес – 1019, лейкоциты – 6-8 в п/зр., эритроциты – отрицательный, белок – 0,033%.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы болезни.
3. Оцените анализы.
4. Определите тяжесть заболевания.
5. Объясните патогенетически основные симптомы болезни.
6. Провести дифференциальный диагноз.
7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
8. Нужна ли госпитализация данному больному и почему?
9. Назначьте лечение и противоэпидемические мероприятия.
10. Как поступить с сестрами? Существуют ли средства активной профилактики данного заболевания. Если да, то в какие сроки проводятся?

**Образец решения:**

1. Корь. Тяжелая. Период высыпания. Осложненная ложным крупом II степени.

2. Интоксикация. Сыпь. Катаральный ларингит со стенозом гортани;

3. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорена СОЭ.

4. Тяжелая корь: выражена интоксикация, имеется осложнение.

5. Очаговый неспецифический воспалительный процесс в верхних слоях кожи. Поражение бронхов и бронхиол с вовлечением всей толщи бронхиальной стенки. ЦНС – расстройство мозгового кровообращения. Снижение иммунной защиты.

6. С вирусным ларингитом, с дифтерией гортани, скарлатиной, краснухой, лекарственной сыпью.

7. Пневмонии. Отиты. Энцефалиты. Поздние менингиты из-за вторичной инфекции.

8. Да. Ранний возраст. Наличие осложнения.

9. – гидрокортизон (преднизолон)

- антигистаминные

- 2 антибиотика

- γ – глобулин 3,0 в/м (до 6 дня болезни)

- туалет слизистых

- проветривание помещения

10. Изоляция ребенка в инфекционной больнице. Проветривание.

10. На привитых детей карантин не распространяется.

11. Да. В 12-18 мес. прививки живой коревой вакциной.

**Практическое задание №24**

Девочка 14 лет

При поступлении в инфекционную больницу жаловалась на изменение голоса, поперхивание при приеме пищи и питье, нарушение зрения, общую слабость, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания:** заболевание началось за 10 дней до поступления в инфекционную больницу с повышением температуры тела до 38о и неприятных ощущений в горле. После обращения к врачу по поводу лакунарной ангины она лечилась дома. Состояние оставалось тяжелым, лихорадила. На 8 день болезни появилась отечность шеи, на миндалинах сохранялись налеты. На 9 день болезни у девочки изменился голос, появилось поперхивание при приеме пищи и питья, причем нередко жидкая пища выливалась через нос. Одновременно девочка обратила внимание на ухудшение зрения - предметы она стала видеть нечетко, а чтение стало совершенно невозможным. После осмотра отоларингологом направлена в инфекционную больницу.

**Объективно:** состояние при поступлении тяжелое, t 38,7о. Кожные покровы бледные, чистые. Голос гнусавый, с носовым оттенком. Сохраняется отечность подкожной клетчатки шеи до I шейной складки. Из-за отечности л/узлы не пальпируются. В зеве на миндалинах, дужках, мягком небе трудноотделяемые налеты, окруженные венчиком венозной гиперемии. Отмечается свисание небной занавески. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24/мин Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. ЧСС 106/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 140 g/L, RBC – 4,0x1012/L, WBC – 18,0×109/L, NEUT – 77%, LYMPH – 18%, MONO – 4%, СОЭ – 18 мм/час

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Какими морфологическими изменениями могут быть объяснены выявленные изменения в зеве?

3.Чем можно объяснить резвившиеся нарушения в глотании и зрения?

1. Каков их механизм развития и прогноз?
2. Оцените ОАК
3. Назначьте лечение
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий
5. Какие существуют меры активной профилактики данного заболевания?

**Образец решения:**

1. Токсическая дифтерия ротоглотки I степени, осложнения – паралич ЧМН (языкоглоточного и паралич аккомодации).
2. Фибринозное воспаление.
3. Паралич n. oculo-motorius и glosso-pharyngeus.
4. Поражение шванновской и миелиновых оболочек. Прогноз благоприятный.
5. Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. Ускоренная СОЭ.
6. Противодифтерийный анатоксин, антибиотик, витамины, дезинтоксикация.
7. Изоляция больного в инфекционную больницу до клинического выздоровления и отрицательного посева на BL. Контактирующих в течение 14 дней – обследование на бактерионосительство (мазок на BL).
8. АКДС.

**Практическое задание №25**

Мальчик 1,5 лет

**Жалобы** на жидкий стул, рвоту, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания:** болен 2 дня. Мама связывает заболевание с употреблением немытого винограда. Заболевание началось с болей в животе, повышения температуры тела до 37,80 и разжиженного стула. В первые сутки стул был 4 раза, во вторые сутки - 8 раз. Стул сначала сохранял каловый характер, затем в нем появились слизь и прожилки крови. 2 раза отмечалась рвота. Вызванный к ребенку участковый врач, направил его в инфекционную больницу.

**Анамнез жизни:** ребенок от первой беременности, срочных родов. Масса при рождении 3800г. скармливался грудью до одного года. До настоящего времени рос здоровым, ничем не болел. Все профилактические прививки получил в срок. До заболевания масса – 13200г.

**Объективно:** масса 12 кг, длина 80 см. Температура тела 38,20. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. При осмотре капризничает. Кожные покровы чистые, суховатые, бледные. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание жесткое 32 в мин., хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные с ЧСС 130 в мин. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая ротовой полости сухая. Живот вздут, болезненный при пальпации в области пупка и в левой подвздошной области. Пальпируется болезненная и спазмированная сигмовидная кишка. При осмотре ребенок попросился на горшок. Во время дефекации плакал, сильно тужился и краснел. Выделил небольшое количество мутной слизи с прожилками крови. Мочится редко.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Ваш предполагаемый диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Оцените ОАК, копрограмму.

5. Какие морфологические изменения в кишечнике вы предполагаете?

6. Имеются ли у данного ребенка нарушения водно-электролитного баланса?

7. Назначить лечение.

8. Составьте план противоэпидемического мероприятия. Что, по-вашему мнению, привело к заболеванию.

9. Когда возможна выписка из стационара данного больного?

**Образец решения:**

1. Синдром гастроэнтероколита, дегидратации

2. Дизентерия, тяжелая, гастроинтестинальная форма с преобладанием местных симптомов. Эксикоз 1 ст.

3. РПГА, РНГА, РА, экспресс- ПМЛА (прямой метод люминесценных антител), РУА (р-я угольной агломерации), посев.

4. В ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.

Копрограмма: гемоколит - слизь, лей, эритроциты.

5. Гастроэнтероколит. Наибольшие изменения в толстой кишке – до язвенного процесса.

6. Имеются - 5%

7. Дезинтоксикационная терапия (регидратация- обильное питье, сорбенты), щадящая механическая и химическая пища, кишечный антисептик 7 дней, симптоматически – спазмолитики, ферменты, пробиотик.

8. Изоляция - госпитализация больного. Дезинфекция в очаге. Обследование и наблюдение за контактными 7 дней. Источник инфекции – немытый виноград. В очаге-дизентерийный бактериофаг.

9. После клинического выздоровления через 2 дня после отмены антибиотиков – посев кала.

**Практическое задание №26**

Мальчик, 3 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания:** мать - 22 года, отец - 25 лет, здоровы, профессиональных вредностей не имеют. Отмечался гестоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/70 мм.рт.ст. С 20 недели беременности анемия легкой степени, принимала 3 недели препарат железа, поливитамины. Прибавка в весе - 10 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в 40 недель гестации с массой 3750 г., длина 50 см. Закричал сразу. Приложен к груди в родзале.

**Объективно:** Масса тела 3600 г., длина 50 см. Состояние удовлетворительное, на осмотр реагирует громким эмоциональным криком, активен. Телосложения правильного. На коже груди, живота, конечностей отмечена розовая пятнисто-папулезная сыпь. Большой родничок 2,5х2,5 см, края плотные. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 42 в мин. Тоны сердца громкие, чистые, ЧСС ударов 140 в минуту. Слизистая полости рта чистая. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Хорошо вызываются физиологические рефлексы. Рефлекс автоматической опоры - опирается на латеральную поверхность стоп. Преобладает тонус сгибателей в верхних и нижних конечностях. При осмотре отмечалось мочеиспускание, во время которого ребенок громко заплакал. На пеленке образовалось мокрое пятно кирпично-красного цвета.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК (1 сутки жизни): HGB – 185г/л, RBC – 5,6х1012 /л, WBC – 9,8х109/л, NEUT – 60%, LYMPH – 28%, MONO – 10%, EO – 2%, СОЭ – 8 мм/час.

**Вопросы:**

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какое обследование необходимо провести новорожденному перед запланированной выпиской?
4. Подлежит ли ребенок вакцинации? Если да, то какой?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Новорожденный доношенный 3 сутки. Токсическая эритема новорожденного. Мочекислый диатез. Группа риска по анемии.
3. Определение уровня билирубина сыворотки крови.
4. Подлежит, гепатит В – 1 сутки, БЦЖ – 3 сутки.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки.

**Практическое задание №27**

Мальчик, 3 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с гестозом первой половины и анемией, отеками, патологической прибавки массы тела, подъемом артериального давления во второй половины. На УЗИ в 26 недель беременности - признаки фетоплацентарной недостаточности. Масса тела ребенка при рождении 3900 г., длина 51 см. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

**Объективно**: Телосложения правильного. Кожа чистая. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см, баллотирует, ограничено швами. Большой родничок 3,0х3,0 см, края плотные. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 44 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные ЧСС 150 в минуту. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. При осмотре беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Безусловные рефлексы снижены.

**Вопросы**:

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Какой синдром поражения ЦНС преобладает у новорожденного?
3. Поставьте диагноз.
4. Какое обследование необходимо провести новорожденному?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Синдром возбуждения ЦНС.
3. Новорожденный доношенный 3 сутки. Гипоксически-ишемическое поражение нервной системы: церебральная ишемия I степени (легкая). Кефалогематома.
4. НСГ, уровень билирубина крови, глюкоза.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки, консультация невролога в 1 месяц по необходимости раньше.

**Практическое задание №28**

Новорожденный, 1 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: ребенок рожден от 2 беременности, протекавшей на фоне длительно текущего позднего гестоза, угрозы прерывания на 24 неделе. Роды 1, на 33 неделе беременности. Масса тела при рождении 1920 г., длина - 39 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. После проведения соответствующий реанимационных мероприятий с введением сурфактанта, ребенок переведен в палату интенсивной терапии.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, адинамичен. Крик слабый. Телосложение непропорциональное (большая голова, короткие конечности). Кожа бледная. Акроциаз, слизистые чистые. Тепло не удерживает. На спине, плечах, щеках - лануго. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус снижен. Пуповинный остаток, расположенный ближе к лону, под повязкой. Головка округлой формы, кости черепа податливы. Большой родничок 3х4 см, малый родничок и сагиттальный шов открыты. Рот открыт, нижняя челюсть западает при вдохе. Отмечается втяжение межреберных промежутков и мечевидного отростка грудины на вдохе. Дыхание стонущее, со звучным выдохом. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, крепитация, экспираторные шумы. ЧД 84 в минуту, аритмичное. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Меконий отошел. Мочеиспускания не было. Физиологические рефлексы новорожденных не вызываются.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 182г/л, RBC – 4,8х1012/л, WBC – 12х109/л, EO – 3%, NEUT – 57%, LYMPH – 27%, MONO – 12%, СОЭ – 8 мм/час.

Рентгенологически: Диффузно-равномерное снижение прозрачности легочной ткани с обеих сторон по типу «матового легкого». Тень сердца не смешена. КТИ = 0,46.

**Вопросы:**

1. Оценить ребенка по шкале Сильвермана.
2. Выделить синдром, требующий проведения неотложных мероприятий.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Назначить лечение.

**Образец решения**

1. По шкале Сильвермана 7 баллов
2. Синдром дыхательный расстройств
3. Респираторный дистресс синдром новорожденных, тяжелой степени. ДН IIIстепени. Новорожденный, недоношенность, 33 недели гестации, 1 сутки.
4. Температурно-охранительный режим, инфузионная терапия, ИВЛ, повторное введение сурфактанта ч/з 6 часов от первого введения.

**Практическое задание №29**

**Анамнез жизни и заболевания**: Ребенок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние ребенка при рождении было средней степени тяжести. Двигательная активность, мышечный тонус и физиологические рефлексы снижены. Кожа бледная, легкий акроционоз. Над легкими легочный звук, аускультативно дыхание – пуэрильное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Данные лабораторных исследований:**

ГРУППА КРОВИ матери – О (I), Rh «- -», у ребенка – В (III), Rh «- -»

ОАК: HGB – 140г/л, RBC – 3,8х1012/л, WBC – 9х109/л, NEUT – 56%, LYMPH – 26%, MONO – 11%, EO – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

БАК: PRO – 58г/л, альбумины – 64%, непрямой билирубин – 136,6 мкмоль/л; через 1 час – 164 мкмоль/л.

**Вопросы**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте диагноз
4. Определите тактику ведения

**Образец решения**

1. Синдром желтушный: кожа, склеры и слизистые желтые; интоксикационный синдром: срыгивание, вялость, сосание слабое, тахикардия.
2. У мамы первая группа крови, у ребенка третья группа.
3. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВ0-системе, средней степени тяжести
4. Фототерапия, дезинтоксикационная терапия.

**Практическое задание №30**

У Сережи К., 5 мес., после проведения II-й АКДС в прививочном кабинете внезапно появилось беспокойство, припухлость век, губ. На коже лица, туловища - полиморфная сыпь.

В течение нескольких минут состояние ухудшилось; резкая бледность кожных покровов, слизистых, цианоз, холодный липкий пот. Спутанное сознание. Частота дыхания 60 в минуту, пульс 140 в минуту, АД 40/20 мм.рт.ст., тоны сердца глухие. Непроизвольное мочеиспускание.

**Вопросы:**

1. Синдромы, требующие неотложной помощи.
2. Укажите патогенетические причины данного состояния.
3. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром острой аллергической реакции
2. Аллергия
3. Преднизолон 1-2 мг/кг внутримышечно, госпитализация в ПИТ

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета

**«АФО НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА. ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА»**

1. **Физическое развитие это:**
   1. динамический процесс изменений морфологических и функциональных признаков организма, обусловленных наследственными факторами и конкретными условиями внешней среды
   2. соотношение показателей массы, роста и резистентности ребенка в определенном периоде детства
   3. процесс динамического изменения тела, ЦНС, обеспечивающий нормальное развитие органов и систем ребенка
2. **К соматоскопическим показателям физического развития относят:** 
   1. форму грудной клетки
   2. длину тела
   3. жизненную емкость легких
   4. массу тела
3. **Старший школьный возраст начинается с:**
   1. девочки с 12 лет, мальчики с 13 лет
   2. девочки с 12 лет, мальчики с 12 лет
   3. девочки с 13 лет, мальчики с 12 лет
   4. девочки с 13 лет, мальчики с 13 лет
4. **Эпикризный срок для оценки НПР у детей третьего года жизни равен:** 
   1. 6 месяцев
   2. 1 месяц
   3. 1 год
   4. 3 месяца
5. **Средняя масса тела ребенка в 1 год равна:**
   1. 10, 5 кг
   2. 8 кг
   3. 12 кг
   4. 15 кг
6. **Дошкольный период длится:** 
   1. от 3 лет до 7 лет
   2. от 1 года до 3 лет
   3. от 1 года до 7 лет
   4. от 3 до 6 лет
7. **Эпикризный срок для оценки НПР у детей первого года жизни равен:** 
   1. 1 месяц
   2. 10 дней
   3. 1 неделя
   4. 2 месяца
   5. 6 месяцев
8. **Окружность грудной клетки у ребенка при рождении равна:** 
   1. 32-34 см
   2. 30-31 см
   3. 31-32 см
   4. 34-36 см
   5. 36-38 см
9. **К антропометрическим показателям физического развития относят:** 
   1. массу тела
   2. форма грудной клетки
   3. величину эпигастрального угла
   4. жизненную емкость легких
10. **К спинальным сегментарным рефлексам новорожденного относят:**
    1. Моро
    2. Брудзинского
    3. Поисковый
    4. Ландау
11. **Способ оценки антропометрических показателей:**
    1. сигмальных отклонений
    2. кластерный метод
    3. нестандартных отклонений
    4. дисперсионный метод
12. **Период новорожденности длится:**
    1. от рождения до 28 дня жизни
    2. от рождения до 29 дня жизни
    3. от рождения до 30 дня жизни
    4. от рождения до 31 дня жизни
    5. от рождения до 1 месяца жизни
13. **Эпикризный срок для оценки НПР у детей второго года жизни равен:**
    1. 3 месяца
    2. 1 месяц
    3. 2 месяца
    4. 6 месяцев
    5. 1 год
14. **Средняя длина тела доношенного новорожденного ребенка равна:**
    1. 48 – 52 см
    2. 45 - 46 см
    3. 46 – 48 см
    4. 48 – 50 см
15. **К оральным сегментарным рефлексам новорожденного относят:**
    1. Сосательный
    2. Брудзинского
    3. Моро
    4. Ландау
16. **К показателям психомоторного развития относят:**
    1. речь
    2. длину тела
    3. форму грудной клетки
    4. массу тела
17. **Грудной возраст – это период:**
    1. с 1 месяца до 12 месяца жизни
    2. с рождения до 28 дня жизни
    3. с рождения до 1 года жизни
    4. с 30 дня до 1 года жизни
18. **Эпикризный срок для оценки НПР у новорожденных детей равен:**
    1. нет эпикризного срока
    2. 7 дней
    3. 10 дней
    4. 14 дней
19. **Выравнивание окружности головы и груди происходит в:**
    1. 3-4 месяца
    2. 2-3 месяца
    3. 1-3 месяца
    4. 2-4 месяца
    5. 6 месяцев
20. **Способ оценки антропометрических показателей:** 
    1. центильный метод
    2. кластерный метод
    3. нестандартных отклонений
    4. дисперсионный метод
21. **Способ оценки антропометрических показателей:** 
    1. оценка по формулам
    2. кластерный метод
    3. нестандартных отклонений
    4. дисперсионный метод
22. **Младший школьный возраст это:** 
    1. с 7 лет до 11 лет для девочек до 12 лет для мальчиков
    2. с 6 лет до 11 лет для девочек до 12 лет для мальчиков
    3. с 7 лет до 12 лет для девочек до 11 лет для мальчиков
    4. с момента поступления в школу до 11 лет для девочек до 12 лет для мальчиков
23. **Эпикризный срок для оценки НПР для детей второго года жизни равен:** 
    1. 3 месяца
    2. 1 месяц
    3. 2 месяц
    4. 6 месяцев
24. **Окружность головы у ребенка при рождении равна:** 
    1. 32-34 см
    2. 34-36 см
    3. до 35 см
    4. 30-34 см
25. **К показателям психомоторного развития относят:**
    1. Эмоции
    2. Длину тела
    3. Форму грудной клетки
    4. Массу тела
26. **Масса тела ребенка удваивается:**
    1. 4-5 месяцам
    2. 1-2 месяца
    3. 2-3 месяца
    4. 3-4 месяца
    5. 6 месяцев
27. **Способ оценки антропометрических показателей:** 
    1. оценка по формулам
    2. кластерный метод
    3. нестандартных отклонений
    4. дисперсионный метод
28. **Грудной возраст – это период:**
    1. с 28 дня жизни до 1 года жизни
    2. с рождения до 28 дня жизни
    3. с 7 дней до 1 года жизни
    4. с 30 дня до 1 года жизни
29. **К показателям психомоторного развития относят:**
    1. Моторику
    2. Длину тела
    3. Форму грудной клетки
    4. Массу тела
30. **К оральным сегментарным рефлексам новорожденного относят:**
    1. Хоботковый
    2. Брудзинского
    3. Моро
    4. Ландау

**«АФО СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ. ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ»**

1. **Естественное вскармливание это:**
   1. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
   2. такое питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
   3. питание смесями – заменителями женского молока даже при наличии однократного прикладывания к груди
2. **«Золотой стандарт» в питании детей 1го года жизни это**
3. грудное женское молоко
4. сцеженное суточное грудное молоко
5. адаптированные молочные смеси
6. адаптированные смеси на основе гидрализата белка
7. **Выберите безглютеновую кашу**
   1. гречневая
   2. овсяная
   3. манная
   4. перловая
8. **Частота кормления ребенка в возрасте 15 дней**
   1. по требованию, но не менее 7 раз
   2. 7 раз, через 3 часа
   3. 5 раз, через 4 часа
   4. 6 раз, через 3,5 часов
9. **Срок введения овощных блюд в рацион ребенка**
   1. 4-6 месяцев
   2. 3 месяца
   3. 7 месяцев
   4. 8 месяцев
10. **Определение докорма**
    1. молочные и безмолочные искусственные смеси
    2. введение новой пищи, более калорийной и концентрированной
    3. сцеженное грудное молоко
    4. молочная каша
11. **Содержание таурина в женском молоке**
    1. больше чем уровень в коровьем молоке
    2. меньше чем уровень в коровьем молоке
    3. соответствует уровню в козьем молоке
    4. меньше, чем в козьем, но больше, чем в коровьем
12. **Суточный объем питания детей от 6 недель до 4 мес. Составляет:**
    1. 1/6 от массы тела
    2. 1/5 от массы тела
    3. 1/7 от массы тела
    4. 1/8 от массы тела
13. **Срок введения каш в рацион ребенка**
    1. 4-6 месяцев
    2. 3 месяца
    3. 7 месяцев
    4. 8 месяцев
14. **Частота кормления ребенка в возрасте 6 месяцев**
    1. 5 раз, через 4 часа
    2. 7 раз, через 3 часа
    3. по требованию, но не менее 7 раз
    4. 6 раз, через 3,5 часов
15. **Смешанное вскармливание это:**
    1. такое питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
    2. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
    3. питание смесями – заменителями женского молока даже при наличии однократного прикладывания к груди
16. **Какой способ используют для расчёта необходимого количества молока для доношенного ребенка в первые 10 дней жизни**
    1. формула Зайцевой
    2. «объемный» способ по Гейбнер-Черни
    3. способ Маслова
    4. метод Филатова
17. **Частота кормлений в возрасте 3 месяцев**
    1. 6 раз, через 3,5 часов
    2. по требованию, но не менее 7 раз
    3. 7 раз, через 3 часа
    4. 5 раз, через 4 часа
18. **Срок введения неадаптированные кисломолочных продуктов в рацион ребенка**
    1. 8 месяцев
    2. 5 месяца
    3. 6 месяца
    4. 7 месяцев
19. **Потребность в жирах в 4-6 месяцев составляет**
    1. 6,0 г/кг
    2. 9,0 г/кг
    3. 6,5 г/кг
    4. 10 г/кг
20. **Искусственное вскармливание это:**
    1. питание смесями – заменителями женского молока даже при наличии однократного прикладывания к груди
    2. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
    3. такое питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
21. **Потребность в белке ребенка в возрасте до 4-6 месяца составляет**
    1. 2,6 г/кг
    2. 2,2 г/кг
    3. 2,4 г/кг
    4. 2,9 г/кг
22. **Что используют в качестве первого прикорма**
    1. овощное пюре или молочная каша
    2. творог
    3. фруктовые соки
    4. мясное пюре
23. **Прикорм это:**
    1. пищевые продукты, отличные от материнского молока и дополняющие рацион ребенка теми или иными питательными веществами
    2. такое питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм
    3. такое питание ребенка, при котором помимо женского молока он получает заменители грудного молока
24. **50. В каком возрасте можно начинать введение рыбного пюре:**
    1. 8 месяца
    2. 6 месяца
    3. 7 месяца
    4. 9 месяца

**«ИСКУССТВЕННОЕ И СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ»**

1. **Смешанное вскармливание это:**
   1. питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
   2. питание смесями – заменителями женского молока при наличии однократного прикладывания к груди или суммарного объема материнского молока до 50-100 мл
   3. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
   4. введение пищевых продуктов, отличных от материнского молока и дополняющих рацион ребенка теми или иными питательными веществами
2. **Назовите противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери**
   1. Открытая форма туберкулеза с бацилловыделением
   2. Ветряная оспа
   3. Хронический гепатит
   4. Корь
3. **Частота кормления ребенка в возрасте 15 дней, находящегося на искусственном вскармливании, составляет**
   1. 7 раз, через 3 часа
   2. 5 раз, через 4 часа
   3. 6 раз, через 3,5 часов
   4. по требованию, но не менее 7 раз
4. **В какой срок ребенку на искусственном вскармливании можно ввести кефир?**
   1. 8 месяцев
   2. 4 месяца
   3. 5 месяцев
   4. 6 месяцев
5. **Главное свойство галактозы:**
6. способствует росту нормальной микрофлоры кишечника;
7. стимулирует моторику кишечника;
8. повышает иммунную защиту;
9. участвует в синтезе белков, входящих в структуру нейронов;
10. **Искусственное вскармливание это:**
    1. питание смесями – заменителями женского молока при наличии однократного прикладывания к груди или суммарного объема материнского молока до 50-100 мл
    2. питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
    3. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
    4. введение пищевых продуктов, отличных от материнского молока и дополняющих рацион ребенка теми или иными питательными веществами
11. **Назовите противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери**
    1. прием матерью сульфаниламидных препаратов
    2. пневмония
    3. мастит
    4. дизентерия
12. **Частота кормления ребенка в возрасте 4 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании, составляет**
    1. 6 раз, через 3,5 часа
    2. 5 раз, через 4 часа
    3. 7 раз, через 3 часа
    4. по требованию, но не менее 7 раз
13. **В какой срок ребенку на смешанном вскармливании можно ввести овощное пюре?**
    1. 4-6 месяцев
    2. 7 месяцев
    3. 8 месяцев
    4. 9 месяцев
14. **I степень гипогалактии – это дефицит молока по отношению к суточной потребности ребенка** 
    1. до 25 %
    2. до 10 %
    3. до 50 %
    4. до 75 %
15. **Дайте определение докорму**
    1. молочные и безмолочные искусственные смеси, которые ребенок получает в дополнение к грудному молоку
    2. введение новой пищи, более калорийной и концентрированной
    3. сцеженное грудное молоко
    4. молочные продукты
16. **Назовите противопоказание к грудному вскармливанию со стороны ребенка**
    1. фенилкетонурия
    2. недоношенность
    3. кефалогематома
    4. гипотрофия
17. **Частота кормления ребенка в возрасте 7 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании, составляет**
    1. 5 раз, через 4 часа
    2. 6 раз, через 3,5 часов
    3. 7 раз, через 3 часа
    4. по требованию, но не менее 7 раз
18. **В какой срок ребенку на смешанном вскармливании можно ввести мясное пюре?**
    1. 7 месяцев
    2. 5 месяцев
    3. 6 месяцев
    4. 8 месяцев
19. **В каком возрасте ребенку, находящемуся на смешанном вскармливании и страдающему рахитом, можно ввести творог**
    1. 6 месяцев
    2. 3 месяца
    3. 4 месяца
    4. 5 месяцев
20. **Что является основным показанием для перевода ребенка на смешанное вскармливание?**
    1. истинная гипогалактия
    2. анемия у ребенка
    3. отсутствие мотивации к кормлению своего ребенка
    4. сахарный диабет у матери
21. **Назовите противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери**
    1. гепатит С с высокой вирусной нагрузкой в крови
    2. хронический гепатит
    3. абсцесс молочной железы
    4. тиреотоксикоз
22. **Какой объем молока в сутки должен получать грудной ребенок старше 6 месяцев?** 
    1. 1 л
    2. 700 мл
    3. 800 мл
    4. 900 мл
23. **В какой срок ребенку на искусственном вскармливании можно ввести молочную кашу?**
    1. 4-6 месяцев
    2. 7 месяцев
    3. 8 месяцев
    4. 9 месяцев
24. **Частота кормления ребенка в возрасте 2 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании, составляет**
    1. 7 раз, через 3 часа
    2. 5 раз, через 4 часа
    3. 6 раз, через 3,5 часов
    4. по требованию, но не менее 7 раз

**«АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ. ДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ. ОСТРЫЕ ЛЕЙКОЗЫ У ДЕТЕЙ»**

1. **Содержание Нв в крови после рождения здорового ребенка составляет:**
   1. 180-240 г/л
   2. 100-130 г/л
   3. 130-160 г/л
   4. 250-280 г/л
2. **Какая анемия относится к группе микроцитарных анемий?**
   1. анемия Фанкони
   2. фолиеводефицитная
   3. В12-дефицитная
   4. железодефицитная
3. **Определите степень тяжести анемии: уровень гемоглобина 91 г/л, эритроциты 3,8х1012/л**
   1. легкая степень тяжести
   2. средней степени тяжести
   3. тяжелой степени тяжести
   4. крайне тяжелой степени тяжести
4. **Какая анемия по этиологии наиболее вероятная у девочки 14 лет с метроррагией?**
   1. постгеморрагическая
   2. дефицитная
   3. апластическая
   4. гемолитическая
5. **Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:**
   1. лейкозе
   2. В12-дефицитная анемия
   3. постгеморрагической анемии
   4. железодефицитная анемия
6. **Максимальное снижение эритроцитов после рождения происходит:**
   1. на 2-3 месяца
   2. на 2-3 сутки
   3. на 8-10 сутки
   4. на 8-10 месяцев
7. **Какая анемия относится к группе мегалобластных анемий?**
   1. фолиеводефицитная
   2. талассемия
   3. медьдефицитная
   4. железодефицитная
8. **Какие изменения в общем анализе крови не характерны для железодефицитной анемии у детей?** 
   1. снижение тромбоцитов
   2. снижение гемоглобина
   3. снижение числа эритроцитов
   4. снижение объема эритроцитов
9. **Какой из нижеперечисленных факторов не имеет значения в развитии железодефицитной анемии у детей первого года жизни?**
   1. гемолиз эритроцитов у новорожденного
   2. недостаточное поступление железа с пищей
   3. повышенный расход железа
   4. использование в прикорме продуктов, бедных железом
10. **Для какого заболевания характерна панцитопения?**
    1. острый лейкоз
    2. железодефицитная анемия
    3. постгеморрагической анемии
    4. В12-дефицитная анемия
11. **Назовите среднюю продолжительность жизни эритроцитов**
    1. 120 дней
    2. 100 дней
    3. 140 дней
    4. 250 дней
12. **Определите степень тяжести анемии: уровень гемоглобина 63 г/л, эритроциты 2,2х1012/л**
    1. тяжелой степени тяжести
    2. легкая степень тяжести
    3. средней степени тяжести
    4. крайне тяжелой степени тяжести
13. **Назовите средний объем эритроцита при микроцитарных анемиях**
    1. 80-94 фл
    2. 20-45 фл
    3. 50-78 фл
    4. 95-150 фл
14. **Для повышения эффективности препаратов железа целесообразно комбинировать их назначение с:**
    1. аскорбиновой кислотой
    2. витамином В6
    3. витамином Е
    4. глютаминовой кислотой
15. **Какая форма лейкоза наиболее часто встречается у детей?**
    1. острый лимфоластный
    2. острый миелобластный
    3. острый эритромиелоз
    4. острый монобластный
16. **Средний объем эритроцитов уменьшается до 80 фл у ребенка к сроку**
    1. 6 месяцам
    2. 1 месяцу
    3. 3 месяцам
    4. 9 месяцам
17. **Анемия какой этиологии наиболее вероятна у ребенка 6 месяцев?**
    1. железодефицитная
    2. белководефицитная
    3. витаминодефицитная
    4. гемолитическая
18. **Средний объем эритроцита при мегалобластической анемии составляет:**
    1. 100-150 фл
    2. 20-45 фл
    3. 50-78 фл
    4. 80-100 фл
19. **При лечении железодефицитной анемии применяют**
    1. ферроплекс, витамин С
    2. адреналин, викасол
    3. гепарин, полиглюкин
    4. цианокобаламин, витамин РР
20. **Что лежит в основе патогенеза лейкоза?**
    1. угнетение эритро- и тромбоцитопоэза и обилие бластных элементов
    2. возникновение иммунных комплексов антиген-антитело
    3. эритроидная гиперплазия с увеличенным размерами всех гемопоэтических клеток
    4. резко уменьшается количество миелокариоцитов, увеличивается количество лимфоцитов
21. **При лечении железодефицитной анемии применяют**
    1. ферроплекс, витамин С
    2. адреналин, викасол
    3. гепарин, полиглюкин
    4. цианокобаламин, витамин РР
22. **Что лежит в основе патогенеза лейкоза?**
    1. угнетение эритро- и тромбоцитопоэза и обилие бластных элементов
    2. возникновение иммунных комплексов антиген-антитело
    3. эритроидная гиперплазия с увеличенным размерами всех гемопоэтических клеток
    4. резко уменьшается количество миелокариоцитов, увеличивается количество лимфоцитов

**«АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОЙ, МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМ. РАХИТ. РАХИТОПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»**

1. **Тип наследования Фосфат-диабета:**
   1. аутосомно-рецессивный
   2. сцепленный с Х-хромосомой рецессивный
   3. сцепленный с Х-хромосомой доминантный
   4. не наследуется
2. **Профилактическая доза витамина Dсоставляет:**
   1. 500 МЕ в сутки
   2. 200 МЕ в сутки
   3. 100 МЕ в сутки
   4. 2000 МЕ в сутки
3. **Рахит может приводить к:**
   1. снижению иммунитета и неспецифической резистентности
   2. развитию олигофрении
   3. не влияет на динамику роста и развития
   4. развитию ревматоидного артрита
4. **Для начального периода рахита характерны следующие клинические проявления:** 
   1. беспокойство, плаксивость, нарушение сна, облысение затылка
   2. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов»
   3. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
   4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо
5. **Для периода разгара рахита характерны следующие биохимические показатели:** 
   1. гипофосфатемия, гипокальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
   2. гиперфосфатемия, гипокальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
   3. гипофосфатемия, гиперкальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
   4. гипофосфатемия, гипокальцемия, низкая активность щелочной фосфатазы
6. **Тип наследования первичного почечного тубулярного ацидоза:**
   1. аутосомно-доминантный или рецессивный
   2. сцепленный с Х-хромосомой рецессивный
   3. сцепленный с Х-хромосомой доминантный
   4. не наследуется
7. **Дневная лечебная доза витамина Dдля лечения витамин Д дефицитного рахита составляет:**
   1. 2000-5000 МЕ в сутки
   2. 1000-2000 МЕ в сутки
   3. 20000-40000 МЕ в сутки
   4. 200000-400000 МЕ в сутки
8. **Рахит может приводить к:**
   1. задержке нервно-психического и физического развития
   2. развитию олигофрении
   3. не влияет на динамику роста и развития
   4. развитию ревматоидного артрита
9. **Для остеоидной гиперплазии характерны следующие клинические проявления:** 
   1. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов».
   2. беспокойство, плаксивость, нарушение сна, облысение затылка.
   3. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
   4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо.
10. **Для начального периода рахита характерны следующие биохимические показатели:** 
    1. увеличение активности щелочной фосфатазы и низкий уровень 25-ОН-D
    2. снижение активности щелочной фосфатазы и низкий уровень 25-ОН-D
    3. нормальная активность щелочной фосфатазы и низкий уровень 25-ОН-D
    4. увеличение активности щелочной фосфатазы и высокий уровень 25-ОН-D
11. **Тип наследования синдрома Фанкони-Дебре-де Тони:**
    1. аутосомно-доминантный
    2. аутосомно-рецессивный
    3. сцепленный с Х-хромосомой рецессивный
    4. сцепленный с Х-хромосомой доминантный
12. **Курсовая лечебная доза витамина D для лечения витамин Д дефицитного рахита составляет:**
    1. 200000-400000 МЕ в сутки
    2. 1000-2000 МЕ в сутки
    3. 2000-5000 МЕ в сутки
    4. 20000-40000 МЕ в сутки
13. **Рахит может приводить к:**
    1. стойким деформациям скелета
    2. развитию олигофрении
    3. не влияет на динамику роста и развития
    4. развитию ревматоидного артрита
14. **Для остеомаляции характерны следующие клинические проявления:** 
    1. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
    2. беспокойство, плаксивость, нарушение сна, облысение затылка.
    3. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов».
    4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо.
15. **К рентгенологическим признакам поражения зон роста относят**:
    1. нечеткость и разволокненность зон предварительного обызвествления
    2. уменьшение интенсивности костных теней
    3. появление костной деформации
    4. наличие структурной перестройки костей
16. **Тип наследования витамин Д дефицитного рахита:**
    1. не наследуется
    2. аутосомно-рецессивный
    3. сцепленный с Х-хромосомой рецессивный
    4. сцепленный с Х-хромосомой доминантный
17. **Классификация рахита предусматривает верификацию по:** 
    1. периоду болезни
    2. форме заболевания
    3. этиологии заболевания
    4. осложнениям заболевания
18. **Возраст манифестации витамин D-резистентного рахита**:
    1. 1-3 года
    2. 1-3 месяца
    3. 3-6 месяцев
    4. 3-6 лет
19. **Клинические проявления метаболического ацидоза при рахите:**
    1. появление учащения дыхания и аммиачного запах мочи
    2. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов»
    3. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
    4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо
20. **К рентгенологическим признакам поражения зон роста относят**:
    1. расширение зон между эпифизом и метафизом
    2. уменьшение интенсивности костных теней
    3. появление костной деформации
    4. наличие структурной перестройки костей
21. **Классификация рахита предусматривает верификацию по:** 
    1. тяжести процесса
    2. форме заболевания
    3. этиологии заболевания
    4. осложнениям заболевания
22. **Для начального периода рахита характерно поражение:**
    1. нервной системы
    2. костной системы
    3. мышечной системы
    4. мочевыделительной системы
23. **К витамин D-резистентному рахиту относят:**
    1. фосфат диабет
    2. псевдогипопаратиреоз
    3. ахондроплазии
    4. синдром врожденной ломкости костей
24. **Клинические проявления спазмофилии при рахите:**
    1. появление учащения дыхания и аммиачного запах мочи
    2. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов»
    3. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
    4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо
25. **К рентгенологическим признакам поражения зон роста относят**:
    1. образование рахитических метафизов
    2. уменьшение интенсивности костных теней
    3. появление костной деформации
    4. наличие структурной перестройки костей
26. **Классификация рахита предусматривает верификацию по:** 
    1. характеру течения
    2. форме заболевания
    3. этиологии заболевания
    4. осложнениям заболевания
27. **Для начального периода рахита характерно поражение:**
    1. костной системы
    2. нервной системы
    3. мышечной системы
    4. мочевыделительной системы
28. **К витамин D-резистентному рахиту относят:**
    1. почечный тубулярный ацидоз
    2. псевдогипопаратиреоз
    3. ахондроплазии
    4. синдром врожденной ломкости костей
29. **Пренатальная профилактика дефицитного рахита проводится:**
    1. в третьем периоде беременности
    2. с начала беременности
    3. со второго триместра беременности
    4. во второй половине беременности
30. **Критическим уровнем снижения общего кальция в сыворотке крови у детей раннего возраста считается концентрация**:
    1. 1,75 ммоль/л
    2. 2,2 ммоль/л
    3. 2,0 ммоль/л
    4. 0,85 ммоль/л

**«СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ»**

1. **Галактоземия это заболевание, характеризующееся нарушением:**
   1. углеводного обмена с поражением печени, головного мозга и органов зрения
   2. переносимости глютена злаковых культур
   3. гидролиза лактозы в тонкой кишке.
   4. образования трансмембранного белка экзокринных желез с образование густого секрета
2. **Результатом нарушения функции трансмембранного белка муковисцидоза (МВТР) является:** 
   1. нарушение обмена ионов Na и Cl между внутри- и внеклеточным пространством
   2. выработка аутоантител к тканевойтрансглутоминазе (TTG) клеток
   3. атрофия ворсинок кишечника
   4. пониженный выход ионов Na и K из энтероцитов
3. **Основное в лечение лактазной недостаточности является:** 
   1. низко- или безлактозная диета, препарат бета-галактозидазу
   2. безлактозная диета, ноотропы, гепатопротекторы
   3. безглютеновая диета, витамины группы В, А, С, Д, кальций, железо, креон
   4. высококалорийная диета, дотация соли, креон, холиретики.
4. **Длительность периода ремиссии при целиакии зависит от:** 
   1. рациональности диетотерапии
   2. формы целиакии
   3. состава микрофлоры кишечника
   4. физиотерапевтического лечения
5. **Для стула при непереносимости лактозы характерно:** 
   1. пенистый характер с кислым запахом
   2. кашицеобразный, блестящий
   3. водянистый, пенистый, зловонный
   4. светло-жёлтый, глинистый, блестящий
6. **Муковисцидоз это нарушение**
   1. образования трансмембранного белка экзокринных желез с образование густого секрета
   2. углеводного обмена с поражением печени, головного мозга и органов зрения
   3. переносимости глютена злаковых культур
   4. гидролиза лактозы в тонкой кишке.
7. **Первичная лактазная недостаточность - это состояние, характеризующееся:** 
   1. снижением активности или отсутствием лактазы при морфологически сохранённом энтероците
   2. снижением активности лактазы, связанным с повреждением энтероцита
   3. отсутствием лактазы, связанным с воспалением энтероцитов
   4. повышение активности лактазы, связанным с повреждением энтероцита
8. **Галактоземия это:** 
   1. моногенное заболевание с рецессивным типом наследования
   2. полигенное заболевание с рецессивным типом наследования
   3. моногенное заболевание с доминантным типом наследования
   4. полигенное заболевание с доминантным типом наследования
9. **Патогенетически при поступлении в организм глютена происходит:** 
   1. атрофия ворсинок кишечника
   2. нарушение транспорта воды и электролитов через мембрану энтероцита
   3. гипертрофия ворсинок кишечника
   4. нарушение обмена ионов Na и Cl между внутри- и внеклеточным пространством
10. **В периоде новорожденности для кишечной формы муковисцидоза характерно:** 
    1. Мекониальный илеус
    2. транзиторная эритема
    3. паратрофия
    4. симптом «заходящего солнца»
11. **Лактазная недостаточность - это нарушение:** 
    1. гидролиза лактозы в тонкой кишке
    2. углеводного обмена с поражением печени, головного мозга и органов зрения
    3. переносимости глютена злаковых культур
    4. образования трансмембранного белка экзокринных желез с образование густого секрета
12. **Основное в лечение целиакии является:** 
    1. безглютеновая диета, витамины группы В, А, С, Д, кальций, железо, креон
    2. безлактозная диета, ноотропы, гепатопротекторы
    3. низко- или безлактозная диета, препарат бета-галактозидазу
    4. высококалорийная диета, дотация соли, креон, холиретики
13. **В зависимости от поражения системы органов выделяют форму муковисцидоза:**
    1. кишечная
    2. почечная
    3. печеночная
    4. энцефалитическая
14. **Ранняя диагностика муковисцидоза:** 
    1. неонатальный скрининг
    2. тест на хлориды пота
    3. R-графия легких
    4. копрограмма
15. **К первым симптомам лактазной недостаточности относятся:** 
    1. расстройство стула
    2. снижение массы тела
    3. расстройство сна
    4. отеки
16. **Целиакия это нарушение**
    1. переносимости глютена злаковых культур
    2. углеводного обмена с поражением печени, головного мозга и органов зрения
    3. гидролиза лактозы в тонкой кишке.
    4. образования трансмембранного белка экзокринных желез с образование густого секрета
17. **Основное в лечение галактозами является:** 
    1. безлактозная диета, ноотропы, гепатопротекторы
    2. безглютеновая диета, витамины группы В, А, С, Д, кальций, железо, креон
    3. низко- или безлактозная диета, препарат бета-галактозидазу
    4. высококалорийная диета, дотация соли, креон, холиретики.
18. **Основным этиологическим фактором синдрома мальабсорбции является:** 
    1. врожденная ферментопатия
    2. искусственное вскармливание
    3. частые респираторные заболевания
    4. естественное вскармливание
19. **Ранняя диагностика галактоземия включает:** 
    1. неонатальный скрининг
    2. тест на хлориды пота
    3. R-графия легких
    4. копрограмма
20. **Характерными симптомами муковисцидоза являются:** 
    1. стул от жидкого до замазкообразного, с жирным блеском, зловонный
    2. частый, жидкий с прожилками крови
    3. неприятный, гнилостный, ахоличный
    4. диарея водянистая с кислым запахом

**«АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ. ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА»**

1. **Дистрофия это**
   1. патологическое состояние, возникающее у детей при хроническом расстройстве питания, характеризующееся отклонениями в развитии и понижением сопротивляемости организма
   2. вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей при дефиците животных белков
   3. дистрофия с более или менее равномерным отставанием ребенка в росте и массе тела при удовлетворительной упитанности
   4. хроническое расстройство питания без дефицита массы с нарушением обмена веществ
2. **Гипотрофия I степени - это дефицит массы:**
   1. 11-20%
   2. 8-10%
   3. 21-30%
   4. более 30%
3. **К эндогенным причинам гипотрофий у детей раннего возраста относят:**
   1. врожденные пороки развития
   2. количественный недокорм
   3. качественный недокорм
   4. недостаточное питание и заболевания матери
4. **Диетотерапии гипотрофии включает период:**
   1. выяснения толерантности к пище
   2. восстановительный
   3. стимулирующий
   4. укрепляющий
5. **Уменьшение толщины подкожного жирового слоя при гипотрофии II степени:**
   1. исчезает на животе, туловище, конечностях
   2. не истончен
   3. истончен на животе и туловище
   4. отсутствует везде, истончен на лице
6. **Гипотрофия это**
   1. дистрофия, характеризующаяся развитием истощения
   2. патологическое состояние, возникающее у детей при хроническом расстройстве питания, характеризующееся отклонениями в развитии и понижением сопротивляемости организма
   3. дистрофия с более или менее равномерным отставанием ребенка в росте и массе тела при удовлетворительной упитанности
   4. хроническое расстройство питания без дефицита массы с нарушением обмена веществ
7. **Гипотрофия II степени - это дефицит массы:**
   1. 21-30%
   2. 8-10%
   3. 11-20%
   4. более 30%
8. **К эндогенным причинам гипотрофий у детей раннего возраста относят:**
   1. иммунодефицитные состояния
   2. количественный недокорм
   3. качественный недокорм
   4. недостаточное питание и заболевания матери
9. **Диетотерапии гипотрофии включает период:** 
   1. переходный
   2. восстановительный
   3. стимулирующий
   4. укрепляющий
10. **Уменьшение толщины подкожного жирового слоя при гипотрофии III степени:**
    1. отсутствует везде, истончен на лице
    2. не истончен
    3. истончен на животе и туловище
    4. исчезает на животе, туловище, конечностях
11. **Квашиоркор это**
    1. вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей при дефиците животных белков
    2. патологическое состояние, возникающее у детей при хроническом расстройстве питания, характеризующееся отклонениями в развитии и понижением сопротивляемости организма
    3. дистрофия с более или менее равномерным отставанием ребенка в росте и массе тела при удовлетворительной упитанности
    4. хроническое расстройство питания без дефицита массы с нарушением обмена веществ
12. **Гипотрофия III степени - это дефицит массы:**
    1. более 30%
    2. 8-10%
    3. 11-20%
    4. 21-30%
13. **К эндогенным причинам гипотрофий у детей раннего возраста относят:**
    1. мальабсорбция
    2. количественный недокорм
    3. качественный недокорм
    4. недостаточное питание и заболевания матери
14. **Период гипотрофии:** 
    1. реконвалесценции
    2. остаточных явлений
    3. инкубационный
    4. желтушный
15. **Уменьшение толщины подкожного жирового слоя при гипотрофии I степени:**
    1. истончен на животе и туловище
    2. не истончен
    3. исчезает на животе, туловище, конечностях
    4. отсутствует везде, истончен на лице
16. **Гипостатура это**
    1. дистрофия с более или менее равномерным отставанием ребенка в росте и массе тела при удовлетворительной упитанности
    2. дистрофия, характеризующаяся развитием истощения
    3. вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей при дефиците животных белков
    4. хроническое расстройство питания без дефицита массы с нарушением обмена веществ
17. **При нормотрофии масса, длина и индексы ФР отличаются от нормы не более чем на:**
    1. 5 %
    2. 11%
    3. 21%
    4. 30%
18. **К эндогенным причинам гипотрофий у детей раннего возраста относят:**
    1. бронхолегочная дисплазия
    2. количественный недокорм
    3. качественный недокорм
    4. недостаточное питание и заболевания матери
19. **Характерным симптомом Квашиоркора является:** 
    1. отеки
    2. запоры
    3. отсутствие зубов
    4. жидкий стул
20. **Снижение тургора ткани при гипотрофии I степени:**
    1. умеренное
    2. нет
    3. выраженная дряблость
    4. резкая, кожа висит складками
21. **«ВАЗОПАТИИ У ДЕТЕЙ. КОАГУЛОПАТИИ. ТРОМБОЦИТОПАТИИ»**
22. **Гемофилия это - заболевание:**
    1. с резким замедлением свертывания крови и повышенной кровоточивостью из-за дефицита фактора свертывания.
    2. с повышенной кровоточивостью и увеличением длительности кровотечения, качественным или количественным недостаточностью фактора Виллебранда, снижением активности VIII фактора и адгезивностью тромбоцитов.
    3. обусловленное количественное и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена.
    4. связанное с качественной неполноценностью кровяных пластинок при нормальном их количестве.
23. **К тромбоцитопении относят следующее заболевание:**
    1. тромбоцитопеническая пурпура
    2. гемофилия
    3. болезнь Шенлейна-Геноха
    4. болезнь Виллебранда
24. **Классификация геморрагического васкулита включает следующую форму:**
    1. почечную
    2. легочную
    3. сердечную
    4. печеночную
25. **Кожные проявления гемофилии:**
    1. гематомы и кровоизлияния
    2. петехии и экхимозы
    3. эритематозные пятна, макулопапулы
    4. геморрагии и петехии
26. **Лабораторные показатели характерные для тромбоцитопатии:**
    1. увеличение длительности кровотечения, низкая агрегация при нормальном количестве тромбоцитов и факторов свертывания.
    2. увеличение длительности кровотечения, нормальное количество тромбоцитов, низкая агрегация тромбоцитов и количество фактора Виллебранда.
    3. тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
    4. увеличение длительности свертывания крови, активированного АЧТВ и низкий уровень VIII фактора.
27. **Тромбоцитопеническая пурпура это - заболевание:**
    1. обусловленное количественное и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена
    2. с повышенной кровоточивостью и увеличением длительности кровотечения, качественным или количественным недостаточностью фактора Виллебранда, снижением активности VIII фактора и адгезивностью тромбоцитов.
    3. с резким замедлением свертывания крови и повышенной кровоточивостью из-за дефицита фактора свертывания.
    4. связанное с качественной неполноценностью кровяных пластинок при нормальном их количестве
28. **К вазопатиям относят следующее заболевание:**
    1. болезнь Шенлейна-Геноха
    2. гемофилия
    3. болезнь Виллебранда
    4. тромбоцитопеническая пурпура
29. **Классификация геморрагического васкулита включает следующую форму:**
    1. простую (кожную)
    2. легочную
    3. сердечную
    4. печеночную
30. **Уровень фактора при гемофилии тяжелой степени:**
    1. 0-1%
    2. 25-50%
    3. 5-25%
    4. 1-5%
31. **Лабораторные показатели характерные для гемофилии А:**
    1. увеличение длительности свертывания крови, активированного АЧТВ и низкий уровень VIII фактора.
    2. увеличение длительности кровотечения, нормальное количество тромбоцитов, низкая агрегация тромбоцитов и количество фактора Виллебранда.
    3. тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
    4. увеличение длительности кровотечения, низкая агрегация при нормальном количестве тромбоцитов и факторов свертывания.
32. **Тромбоцитопатии это заболевания:**
    1. связанное с качественной неполноценностью кровяных пластинок при нормальном их количестве
    2. с повышенной кровоточивостью и увеличением длительности кровотечения, качественным или количественным недостаточностью фактора Виллебранда, снижением активности VIII фактора и адгезивностью тромбоцитов.
    3. с резким замедлением свертывания крови и повышенной кровоточивостью из-за дефицита фактора свертывания.
    4. обусловленное количественное и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена
33. **К коагулопатиям относят следующее заболевание:**
    1. гемофилия
    2. болезнь Шенлейна-Геноха
    3. тромбастения Гланцманна
    4. тромбоцитопеническая пурпура
34. **Классификация геморрагического васкулита включает следующую форму:**
    1. смешанную
    2. легочную
    3. сердечную
    4. печеночную
35. **Кожные проявления тромбоцитопенической пурпуры:**
    1. петехии и экхимозы
    2. гематомы и кровоизлияния
    3. эритематозные пятна, макулопапулы
    4. везикулы и пустулы
36. **Лабораторные показатели характерные для геморрагического васкулита:**
    1. тромбоцитоз, гиперфибринемия, высокий уровень фактора Виллебранда, гиперкоагуляция
    2. тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
    3. увеличение длительности свертывания крови, активированного АЧТВ и низкий уровень VIII фактора.
    4. увеличение длительности кровотечения, низкая агрегация при нормальном количестве тромбоцитов и факторов свертывания.
37. **Геморрагический васкулит это заболевание:**
    1. системное воспаление сосудов, проявляющееся симметричными мелкоточечными кровоизлияниями на коже, отечностью и болью суставов, болями в животе, поражением почек
    2. с повышенной кровоточивостью и увеличением длительности кровотечения, качественным или количественным недостаточностью фактора Виллебранда, снижением активности VIII фактора и адгезивностью тромбоцитов.
    3. с резким замедлением свертывания крови и повышенной кровоточивостью из-за дефицита фактора свертывания.
    4. обусловленное количественное и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена
38. **Уровень фактора при гемофилии средней степени тяжести:**
    1. 1-5%
    2. 25-50%
    3. 5-25%
    4. 0-1%
39. **Классификация геморрагического васкулита включает следующую форму:**
    1. кожно-абдоминальную
    2. кожно-легочную
    3. кожно-сердечную
    4. кожно-печеночную
40. **Кожные проявления геморрагического васкулита:**
    1. эритематозные пятна, макулопапулы
    2. гематомы и кровоизлияния
    3. петехии и экхимозы
    4. геморрагии и петехии
41. **Лабораторные показатели характерные для тромбоцитопенической пурпуры:**
    1. тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
    2. увеличение длительности кровотечения, нормальное количество тромбоцитов, низкая агрегация тромбоцитов и количество фактора Виллебранда.
    3. увеличение длительности свертывания крови, активированного АЧТВ и низкий уровень VIII фактора.
    4. увеличение длительности кровотечения, низкая агрегация при нормальном количестве тромбоцитов и факторов свертывания.

**«АФО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. НЕРЕВМАТИЧЕСКИЕ КАРДИТЫ»**

1. **Неревматические кардиты это:**
   1. группа неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний сердца.
   2. острое или подострое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц и связанное с фарингеальной инфекцией, обусловленной стрептококком группы А.
   3. поражение сердечной мышцы воспалительного характера инфекционной или неинфекционной этиологии.
   4. поражение эндокарда (клапанов или стенок сердца) воспалительного характера, вызванное присутствующим в ткани эндокарда инфекционным агентом.
2. **Предрасполагающий фактор развития ревматической лихорадки:**
   1. генетическая предрасположенность
   2. особенность строения сердца
   3. особенность строения соединительной ткани
   4. юный возраст пациента
3. **Наиболее частая этиология миокардитов у детей младшего возраста:**
   1. вирусная
   2. бактериальная
   3. паразитарная
   4. грибковая
4. **Изменения на коже при инфекционном эндокардите:**
   1. пятна Либермана-Лунина
   2. пятна Бельского-Филатова-Коплика
   3. волчаночная бабочка
   4. родинка Беккера
5. Б**ольшие критерии Джонса включает:**
   1. кардит
   2. артралгии
   3. лихорадка
   4. повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз
6. **Ревматическая лихорадка это:**
   1. острое или подострое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц и связанное с фарингеальной инфекцией, обусловленной стрептококком группы А.
   2. группа неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний сердца.
   3. поражение сердечной мышцы воспалительного характера инфекционной или неинфекционной этиологии.
   4. поражение эндокарда (клапанов или стенок сердца) воспалительного характера, вызванное присутствующим в ткани эндокарда инфекционным агентом.
7. **Предрасполагающий фактор развития ревматической лихорадки:**
   1. особенность иммунологической реактивности
   2. юный возраст пациента
   3. особенность строения сердца
   4. особенность строения соединительной ткани
8. **Наиболее частая этиология эндокардитов у детей:**
   1. бактериальная
   2. вирусная
   3. паразитарная
   4. грибковая
9. **Изменения на коже при инфекционном эндокардите:**
   1. подногтевые геморрагии
   2. волчаночная бабочка
   3. пятна Бельского-Филатова-Коплика
   4. родинка Беккера
10. Б**ольшие критерии Джонса включают:**
    1. полиартрит
    2. артралгии
    3. лихорадка
    4. повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз
11. **Миокардиты это:**
    1. поражение сердечной мышцы воспалительного характера инфекционной или неинфекционной этиологии.
    2. острое или подострое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц и связанное с фарингеальной инфекцией, обусловленной стрептококком группы А.
    3. группа неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний сердца.
    4. поражение эндокарда (клапанов или стенок сердца) воспалительного характера, вызванное присутствующим в ткани эндокарда инфекционным агентом.
12. **Предрасполагающий фактор развития ревматической лихорадки:**
    1. особенность общей реактивности
    2. особенность строения сердца
    3. особенность строения соединительной ткани
    4. юный возраст пациента
13. **Наиболее частая этиология миокардитов у детей после 5-6 лет:**
    1. бактериальная
    2. вирусная
    3. паразитарная
    4. грибковая
14. **Изменения на коже при инфекционном эндокардите:**
    1. узелки Ослера
    2. волчаночная бабочка
    3. пятна Бельского-Филатова-Коплика
    4. родинка Беккера
15. Б**ольшие критерии Джонса включают:**
    1. хорея
    2. артралгии
    3. лихорадка
    4. повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз
16. **Эндокардиты это:**
    1. поражение эндокарда (клапанов или стенок сердца) воспалительного характера, вызванное присутствующим в ткани эндокарда инфекционным агентом.
    2. острое или подострое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц и связанное с фарингеальной инфекцией, обусловленной стрептококком группы А.
    3. группа неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний сердца.
    4. поражение сердечной мышцы воспалительного характера инфекционной или неинфекционной этиологии.
17. Б**ольшие критерии Джонса включают:**
    1. анулярная эритема
    2. артралгии
    3. лихорадка
    4. повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз
18. **Изменения на коже при инфекционном эндокардите:**
    1. высыпания Джейнвея
    2. волчаночная бабочка
    3. пятна Бельского-Филатова-Коплика
    4. родинка Беккера
19. **Наиболее частый неблагоприятный исход миокардита:**
    1. миокардиосклероз
    2. адгезивный перикардит (панцирное сердце)
    3. гипертрофическая кардиомиопатия
    4. приобретённый порок сердца
20. **Вторичная профилактика ревматической лихорадки перенесшим первую атаку без признаков поражения клапанов и хронических очагов инфекции проводят бициллином-5:**
    1. один раз в месяц, 3 года
    2. один раз в месяц, 3 месяца
    3. один раз в 3 месяца, 1 год
    4. один раз в 3 месяца, 3 года

**«ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА, СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ»**

1. **Врожденный порок сердца с цианозом:**
2. транспозиция магистральных сосудов
3. коарктация аорты
4. стеноз устьев аорты
5. дефект межпредсердной перегородки
6. **Для какого ВПС характерны отдышечно-цианотические приступы:**
7. тетрада Фалло
8. коарктация аорты
9. стеноз устьев аорты
10. дефект межпредсердной перегородки
11. **Наиболее распространенный ВПС:**
12. дефект межжелудочковой перегородки
13. дефект межпредсердной перегородки
14. открытый артериальный проток
15. коарктация аорты
16. **Облитерация артериального протока у 95% доношенных детей происходит к:**
17. 5-8 неделям жизни
18. 5-8 минутам жизни
19. 5-8 дням жизни
20. 5-8 годам жизни
21. **Врожденный порок, для которого характерен шум с punctum maximum во II-III межреберье слева от грудины:**
22. дефект межжелудочковой перегородки
23. дефект межпредсердной перегородки
24. коарктация аорты
25. открытый артериальном протоке
26. **Врожденный порок сердца с цианозом:**
27. Тетрада Фалло
28. коарктация аорты
29. дефект межжелудочковой перегородки
30. дефект межпредсердной перегородки
31. **Сосуд соединяющий аорту с легочной артерией в фетальном периоде называют:**
32. артериальный проток
33. овальное окно
34. Аранциев проток
35. Фоллопиев канал
36. **Врожденный порок, для которого более характерен шум на спине между левой лопаткой и позвоночником:**
37. коарктация аорты
38. дефект межпредсердной перегородки
39. тетрада Фалло
40. открытый артериальный проток
41. **Срок персистенции артериального протока рассматривающийся как врожденный порок сердца:**
42. более 1 месяца жизни
43. более 3 месяцев жизни
44. более 1 года жизни
45. более 3 лет жизни
46. **Рентгенологическая картина в виде увеличение правых отделов сердца, расширение ствола легочной артерии с обогащением легочного рисунка характерно для:**
47. дефект межпредсердной перегородки
48. коарктация аорты
49. тетрада Фалло
50. открытый артериальный проток
51. **Врожденный порок сердца с цианозом?**
52. общий артериальный ствол
53. коарктация аорты
54. стеноз устьев аорты
55. дефект межпредсердной перегородки
56. **Для какого ВПС характерно артериальная гипотензия на ногах:**
57. коарктация аорты
58. дефект межпредсердной перегородки
59. тетрада Фалло
60. открытый артериальный проток
61. **Какой дефект межжелудочковой перегородки называют болезнью Толочинова-Роже:**
62. мелкий дефект мышечной части
63. мелкий дефект в мембранозной части
64. крупный дефект в мембранозной части
65. крупный дефект мышечной части
66. **Незаращение овального окна обнаруживается у 50% детей в возрасте до:**
67. 5 лет
68. 1 года
69. 3 лет
70. 7 лет
71. **Врожденный порок, для которого характерен шум с punctum maximum во III-IVмежреберье слева от грудины:** 
    1. дефект межжелудочковой перегородки
    2. дефект межпредсердной перегородки
    3. коарктация аорты
    4. открытый артериальный проток
72. **Врожденный порок сердца с цианозом?**
73. единственный желудочек сердца
74. коарктация аорты
75. стеноз устьев аорты
76. дефект межпредсердной перегородки
77. **Для какого порока характерна полицитемия:**
78. тетрада Фалло
79. коарктация аорты
80. открытый артериальный проток
81. дефект межпредсердной перегородки
82. **Врожденный порок, для которого характерен «машинный» шум во IIмежреберье слева от грудины:**
83. открытый артериальный проток
84. коарктация аорты
85. тетрада Фалло
86. дефект межпредсердной перегородки
87. **Рентгенологическая тень сердца в форме «сапожка» с выраженной талией и приподнятой верхушкой без его увеличения на фоне обедненного легочного рисунка выявляется при:**
88. тетрада Фалло
89. коарктации аорты
90. открытом артериальном протоке
91. дефектемежпредсердной перегородки
92. **Противопоказанием для оперативного лечения дефекта межпредсердной перегородки является:**
93. выраженная легочная гипертензия
94. большой дефект в области овального окна
95. сочетание с другими пороками сердца
96. дилатация правых отделов сердца
97. **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ»**
98. **Полигенно наследуемое хроническое заболевание с образованием язв в желудке или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений называют:**
    1. язвенная болезнь
    2. свежая язва
    3. острая язва
    4. вторичная язва
99. **Заживление язвы в срок до одного месяца, ремиссия более года согласно классификации язвенной болезни у детей, по тяжести течения оценивается как:**
100. легкое
101. средней тяжести
102. тяжелое
103. очень тяжелое
104. **Эндоскопическая стадия язвы при язвенной болезни:**
105. начало эпитализации
106. явная язва
107. фиброзная язва
108. хроническая язва
109. **К средствам, снижающим агрессивные свойства желудочного сока относят:**
     1. ингибиторы протонной помпы
     2. спазмолитики
     3. антагонисты дофамина
     4. синтетические простагландины
110. **К средствам, повышающим защитные свойства слизистой оболочки относят:**
111. синтетические простагландины
112. спазмолитики
113. ингибиторы протонной помпы
114. антагонисты дофамина
115. **Язва желудка, возникающая при ожогах, после травм, при обморожениях называют:**
116. стрессовая язва
117. аллергическая язва
118. медикаментозная язва
119. вторичная язва
120. **Заживление язвы в срок более месяца, ремиссия менее года согласно классификации язвенной болезни у детей, по тяжести течения оценивается как:**
121. средней тяжести
122. легкое
123. тяжелое
124. очень тяжелое
125. **Эндоскопическая стадия язвы при язвенной болезни:**
     1. свежая язва
     2. явная язва
     3. фиброзная язва
     4. хроническая язва
126. **К средствам, снижающим агрессивные свойства желудочного сока относят:**
127. блокаторы Н2-гистоминорецепторов
128. спазмолитики
129. антагонисты дофамина
130. синтетические простагландины
131. **К средствам, регулирующим гастродуоденальную моторику относят:**
132. антагонисты дофамина
133. селективные м-холинолитики
134. ингибиторы протонной помпы
135. синтетические простагландины
136. **Изъязвления слизистой оболочки пищеварительного тракта не имеющие типичных клинический проявлений, очень динамичные и, с одной стороны быстро рубцующиеся, а с другой часто приводящие к тяжелым осложнениям называют:**
137. острая язва
138. свежая язва
139. трофическая язва
140. вторичная язва
141. **Наличие осложнений язвы и частые рецидивы (более 2 обострений в год) согласно классификации язвенной болезни у детей, по тяжести течения оценивается как:**
142. тяжелое
143. легкое
144. средней тяжести
145. очень тяжелое
146. **Эндоскопическая стадия язвы при язвенной болезни:**
     1. рубцующаяся язва
     2. явная язва
     3. фиброзная язва
     4. хроническая язва
147. **К средствам, снижающим агрессивные свойства желудочного сока относят:**
     1. селективные м-холинолитики
     2. спазмолитики
     3. антагонисты дофамина
     4. синтетические простагландины
148. **К средствам, повышающим защитные свойства слизистой оболочки относят:**
     1. пленкообразующие препараты
     2. спазмолитики
     3. ингибиторы протонной помпы
     4. антагонисты дофамина
149. **Язва, возникающая при снижении инактивации в печени гастрина и гистамина называют:**
     1. вторичная гепатогенная язва
     2. свежая гепатогенная язва
     3. острая гепатогенная язва
     4. трофическая язва
150. **Сочетанные и множественные язвы с длительным сроком заживления согласно классификации язвенной болезни у детей, по тяжести течения оценивается как:**
     1. тяжелое
     2. легкое
     3. средней тяжести
     4. очень тяжелое
151. **Эндоскопическая стадия язвы при язвенной болезни:**
     1. полного заживления
     2. явная язва
     3. фиброзная язва
     4. хроническая язва
152. **К средствам, снижающим агрессивные свойства желудочного сока относят:**
     1. антацидные препараты
     2. спазмолитики
     3. антагонисты дофамина
     4. синтетические простагландины
153. **К средствам, повышающим защитные свойства слизистой оболочки относят:**
     1. слизеобразующие препараты
     2. спазмолитики
     3. ингибиторы протонной помпы
     4. антагонисты дофамина

**«АФО СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ. ПИЕЛОНЕФРИТЫ У ДЕТЕЙ»**

1. **Заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и в меньшей мере – интерстициальной ткани паренхимы и канальцев почек, называют:**
   1. пиелонефрит
   2. апостоматозный нефрит
   3. инфекция мочевыводяцих путей
   4. интерстициальный нефрит
2. **Характерный рентгенологический признак везикоуретерального рефлюкса III степени при проведении цистографии:**
   1. при забросе контрастируется умеренное расширение или поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглаженный рисунок чашечек.
   2. контраст при забросе заполняет внешние неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки.
   3. выраженное расширение или поворот мочеточника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек.
   4. очень значительное расширение и поворот мочеточника, лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек.
3. **Хроническим пиелонефрит диагностируют если клинические и (или) лабораторные признаки наблюдаются больше**
   1. 12 месяцев
   2. 6 месяцев
   3. 9 месяцев
   4. 18 месяцев
4. **Если период предшествующей ремиссии составил менее 3 недель профилактическую терапию проводят в течение:**
   1. 12 месяцев
   2. 1 месяц
   3. 3 месяцев
   4. не проводят
5. **Проба для количественной оценки элементов мочевого осадка:**
   1. проба Нечепаренко
   2. проба Зимницкого
   3. проба Реберга
   4. проба Вельтмана
6. **Экстраренальное микробно-воспалительное заболевание мочевыводящих путей без уточнения уровня поражения мочевыводящей системы, называют:**
   1. апостоматозный нефрит
   2. инфекция мочевыводящих путей
   3. пиелонефрит
   4. интерстициальный нефрит
7. **Характерный рентгенологический признак везикоуретерального рефлюкса II степени при проведении цистографии:**
   1. контраст при забросе заполняет внешние неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки.
   2. при забросе контрастируется умеренное расширение или поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглаженный рисунок чашечек.
   3. выраженное расширение или поворот мочеточника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек.
   4. очень значительное расширение и поворот мочеточника, лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек
8. **Пиелонефрит без установленных факторов, способствующих фиксации микроорганизмов в тубулоинтерстииальной ткани почек и хронизации заболевания называют:**
   1. первичным
   2. вторичным
   3. манифестным
   4. латентным
9. **При остром пиелонефрите курс фитотерапии составляет:**
   1. 2-3 недели
   2. 7-10 дней
   3. 10-14 дней
   4. 3-4 недели
10. **Проба для количественной оценки элементов мочевого осадка:**
    1. проба Амбурже
    2. проба Вельтмана
    3. проба Зимницкого
    4. проба Реберга
11. **Нарушение резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря, развивающееся вследствие расстройства нервной регуляции на разных уровнях, называют:**
    1. нейрогенный мочевой пузырь
    2. инфекция мочевыводящих путей
    3. рефлюкс нефропатией
    4. цистит
12. **Характерный рентгенологический признак везикоуретерального рефлюкса IV степени при проведении цистографии:**
    1. выраженное расширение или поворот мочеточника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек
    2. контраст при забросе заполняет внешние неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки
    3. при забросе контрастируется умеренное расширение или поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглаженный рисунок чашечек
    4. очень значительное расширение и поворот мочеточника, лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек
13. **Пиелонефрит, при котором инфицирование и воспаление мочевых путей обусловлено аномалиями развития мочевыводящих путей называют:**
    1. вторичным
    2. манифестным
    3. первичным
    4. латентным
14. **Проба для количественной оценки элементов мочевого осадка:**
    1. проба Аддиса-Каковского
    2. проба Зимницкого
    3. проба Вельтмана
    4. проба Реберга
15. **При остром пиелонефрите антибиотикотерапия составляет:**
    1. 7-10 дней
    2. 10-14 дней
    3. 2-3 недели
    4. 3-4 недели
16. **Острый пиелонефрит протекает циклически и завершается выздоровлением через**
    1. 6-8 недель
    2. 2-3 недели
    3. 4-6 недель
    4. 8-10 месяца
17. **Характерный рентгенологический признак везикоуретерального рефлюкса V степени при проведении цистографии:**
    1. очень значительное расширение и поворот мочеточника, лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек
    2. контраст при забросе заполняет внешние неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки
    3. при забросе контрастируется умеренное расширение или поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглаженный рисунок чашечек
    4. выраженное расширение или поворот мочеточника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек
18. **Пиелонефрит, при котором инфицирование и воспаление мочевых путей обусловлено пузырно-мочеточниковым рефлюксом называют:**
    1. вторичным
    2. рефлюкс-нефропатией
    3. первичным
    4. латентным
19. **При остром пиелонефрите курс уросептиков составляет:**
    1. 10-14 дней
    2. 7-10 дней
    3. 2-3 недели
    4. 3-4 недели
20. **Проба для определения клиренса креатинина и коэффициента реабсорбции:**
    1. проба Реберга
    2. проба Зимницкого
    3. проба Нечепаренко
    4. проба Вельтмана

**«ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ У ДЕТЕЙ»**

1. **Гломерулонефриты это**
   1. двухстороннее диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков.
   2. циклическое иммунокомплексное заболевание почек с относительно быстрым течением, проявляющееся в типичных случаях триадой симптомов гематурией, отеками и гипертензией.
   3. группа первичных гломерулопатий, характеризующихся персистирующими прогрессирующими иммуно-воспалительными, склеротическими и деструктивными поражениями нефронов с по следующим тубулоинтерстициальным склерозом и частым развитием ХПН.
   4. двухстороннее аутоиммунное поражение клубочков почек со стойкой почечной недостаточностью, быстро развивающейся и стойко держащийся при обычной терапии с развитием терминальной уремии в сроки от нескольких недель до месяцев.
2. **Возрастная группа детей наиболее подверженная острому гломерулонефриту:**
   1. 7-12 лет
   2. 1-5 лет
   3. 5-7 лет
   4. 12-17 лет
3. **К ренальным симптомам острого гломерулонефрита относится:**
   1. азотемия
   2. интоксикация
   3. отечный синдром
   4. гипертензионный синдром
4. **Диагноз быстро прогрессирующего гломерулонефрита ставят на основании данных:**
   1. клиники, специфических АТ к базальной мембране клубочков, результата биопсии.
   2. глазное дно, артериального давления, УЗИ почек, анализов мочи, и крови: антистрептококковые АТ, креатинин, мочевина, общий белок.
   3. УЗИ почек, анализов мочи, и крови: общий анализ, креатинин, мочевина, общий белок.
5. **Морфологические формы хронического гломерулонефрита включает:**
   1. Фибропластический
   2. Типичный
   3. Гематурический
   4. Смешанный
6. **Острый гломерулонефрит – это**
   1. циклическое иммунокомплексное заболевание почек с относительно быстрым течением, проявляющееся в типичных случаях триадой симптомов гематурией, отеками и гипертензией
   2. двухстороннее диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков
   3. группа первичных гломерулопатий, характеризующихся персистирующими прогрессирующими иммуно-воспалительными, склеротическими и деструктивными поражениями нефронов с по следующим тубулоинтерстициальным склерозом и частым развитием ХПН
   4. двухстороннее аутоиммунное поражение клубочков почек со стойкой почечной недостаточностью, быстро развивающейся и стойко держащийся при обычной терапии с развитием терминальной уремии в сроки от нескольких недель до месяцев
7. **Пик заболеваемости острым гломерулонефритом приходится:**
   1. Зимне-весенний период
   2. Осенне-зимний период
   3. Весенне-летний период
   4. Осенне-весенний период
8. **К ренальным симптомам острого гломерулонефрита относится:**
   1. изменение цвета и помутнение мочи
   2. интоксикация
   3. отечный синдром
   4. гипертензионный синдром
9. **Диагноз острого гломерулонефрита ставят на основании данных:**
   1. глазное дно, артериального давления, УЗИ почек, анализов мочи, и крови: антистрептококковые АТ, креатинин, мочевина, общий белок.
   2. клиники, специфических АТ к базальной мембране клубочков, результата биопсии.
   3. УЗИ анализов мочи, крови: креатинин, мочевина, общий белок.
10. **Морфологические формы хронического гломерулонефрита включает:**
    1. Мезангиополиферативный
    2. Типичный
    3. Гематурический
    4. Смешанный
11. **Быстропрогрессирующий гломерулонефрит это:**
    1. двухстороннее аутоиммунное поражение клубочков почек со стойкой почечной недостаточностью, быстро развивающейся и стойко держащийся при обычной терапии с развитием терминальной уремии в сроки от нескольких недель до месяцев
    2. двухстороннее диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков
    3. циклическое иммунокомплексное заболевание почек с относительно быстрым течением, проявляющееся в типичных случаях триадой симптомов гематурией, отеками и гипертензией
    4. группа первичных гломерулопатий, характеризующихся персистирующими прогрессирующими иммуно-воспалительными, склеротическими и деструктивными поражениями нефронов с по следующим тубулоинтерстициальным склерозом и частым развитием ХПН
12. **Острый гломерулонефрит развивается после стрептококкового заболевания носоглотки через:**
    1. 3-4 недели
    2. 5-7 дней
    3. 7-10 дней
    4. 10-14 дней
13. **К ренальным симптомам острого гломерулонефрита относится:**
    1. боли в поясничной области или животе
    2. интоксикация
    3. отечный синдром
    4. гипертензионный синдром
14. **Диагноз хронического гломерулонефрита ставят на основании данных:**
    1. клиники, специфических АТ к базальной мембране клубочков, результата биопсии.
    2. глазное дно, артериального давления, УЗИ почек, анализов мочи, и крови: антистрептококковые АТ, креатинин, мочевина, общий белок.
    3. глазное дно, артериального давления, УЗИ и биопсия почек, анализов мочи, и крови: антистрептококковые АТ, креатинин, мочевина, общий белок.
15. **Морфологические формы хронического гломерулонефрита включает:**
    1. Мембранозно-пролиферативный
    2. Типичный
    3. Гематурический
    4. Смешанный
16. **Хронический гломерулонефрит – это**
    1. группа первичных гломерулопатий, характеризующихся персистирующими прогрессирующими иммуно-воспалительными, склеротическими и деструктивными поражениями нефронов с по следующим тубулоинтерстициальным склерозом и частым развитием ХПН
    2. двухстороннее диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков
    3. циклическое иммунокомплексное заболевание почек с относительно быстрым течением, проявляющееся в типичных случаях триадой симптомов гематурией, отеками и гипертензией
    4. двухстороннее аутоиммунное поражение клубочков почек со стойкой почечной недостаточностью, быстро развивающейся и стойкой при обычной терапии с развитием терминальной уремии в сроки от нескольких недель до месяцев
17. **Острый гломерулонефрит развивается после стрептококкового поражения кожи через:**
    1. 3-4 недели
    2. 5-7 дней
    3. 7-10 дней
    4. 10-14 дней
18. **К ренальным симптомам острого гломерулонефрита относится:**
    1. мочевой синдром
    2. интоксикация
    3. отечный синдром
    4. гипертензионный синдром
19. **Основным в лечение острого гломерулонефрита является:**
    1. режим, диета, антибактериальная терапия, витаминотерапия.
    2. режим, диета, метилпреднизолон, цитостатики, циклоспорин, антикоагулянты, антиагреганты, плазмоферез, гемодиализ, трансплантация почек.
    3. режим, диета, антибактериальная терапия, фитотерапия.
    4. режим, диета, преднизолон
20. **Морфологические формы хронического гломерулонефрита включает:**
    1. Мембранозный
    2. Типичный
    3. Гематурический
    4. Смешанный

**«ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИКОЙ ПОМОЩИ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ»**

1. **Основной принцип оказания педиатрической помощи:** 
   1. этапность оказания помощи
   2. традиционность работы
   3. динамичность оказание помощи
   4. научно-исследовательская направленность
2. **Первый дородовый патронаж проводят:** 
   1. при постановке на учет в женской консультации
   2. на 20 неделе беременности
   3. на 32 неделе беременности
   4. на 38 неделе беременности
3. **Группы риска новорожденных включают:**
   1. социальный риск
   2. простудных заболеваний
   3. хронической патологии
   4. неспецифический риск
4. **Диспансеризация на третьем году жизни проводится 1 раз в:**
   1. месяц
   2. 3 месяца
   3. 6 месяцев
   4. год
5. **Основной медицинский документ ребенка на педиатрическом участке:**
   1. форме № 112/у
   2. форме № 063/у
   3. форма №030/у
   4. форме № 026/у
6. **Основной принцип оказания педиатрической помощи:** 
   1. профилактическая направленность
   2. традиционность работы
   3. динамичность оказание помощи
   4. научно-исследовательская направленность
7. **Второй дородовый патронаж проводят:** 
   1. на 32 неделе беременности
   2. при постановке на учет в женской консультации
   3. на 20 неделе беременности
   4. на 38 неделе беременности
8. **Диспансеризация на третьем году жизни проводится 1 раз в:**
   1. 6 месяцев
   2. месяц
   3. 3 месяца
   4. год
9. **Группы риска новорожденных включают:**
   1. риск патологии ЦНС
   2. простудных заболеваний
   3. хронической патологии
   4. неспецифический риск
10. **Основной медицинским документ ребенка в дошкольном учреждении:**
    1. форме № 026/у
    2. форме № 063/у
    3. форма №030/у
    4. форме № 112/у
11. **Основной принцип оказания педиатрической помощи:** 
    1. применение диспансеризации
    2. традиционность работы
    3. динамичность оказание помощи
    4. научно-исследовательская направленность
12. **Целью патронажа новорожденного является:**
    1. изучение документации из родильного дома, осмотр ребенка, оценка лактации, инструктаж по вскармливанию и уходу за ребенком.
    2. выявление условий быта, труда, здоровья, вредных привычек будущей матери и отца
    3. забота о будущем ребенке
    4. изучение документов матери, материального состояния, определение срока беременности.
13. **Группы риска новорожденных включают:**
    1. врожденных пороков
    2. простудных заболеваний
    3. хронической патологии
    4. неспецифический риск
14. **Диспансеризация на третьем году жизни проводится 1 раз в:**
    1. 6 месяцев
    2. месяц
    3. 3 месяца
    4. год
15. **Основной медицинский документ ребенка при выписке из родильного дома:**
    1. обменная карта
    2. форме № 063/у
    3. форме № 026/у
    4. форме № 112/у
16. **Основной принцип оказания педиатрической помощи:** 
    1. активная патронажная работа
    2. традиционность работы
    3. динамичность оказание помощи
    4. научно-исследовательская направленность
17. **Целью первого дородового патронажа является:**
    1. выявление условий быта, труда, здоровья, вредных привычек будущей матери и отца
    2. забота о будущем ребенке
    3. изучение документации из родильного дома, осмотр ребенка, оценка лактации, инструктаж по вскармливанию и уходу за ребенком.
    4. изучение документов матери, материального состояния, определение срока беременности.
18. **Группы риска новорожденных включают:**
    1. трофических нарушений
    2. простудных заболеваний
    3. хронической патологии
    4. неспецифический риск
19. **Диспансеризация на четвертом году жизни проводится 1 раз в:**
    1. 1 год
    2. месяцу
    3. 3 месяца
    4. 6 месяцев
20. **Основной медицинский документ ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение:**
    1. форме № 026/у
    2. форме № 063/у
    3. форма №030/у
    4. форме № 112/у

**«ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕТЯМ. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

1. **Вариант вызова врача к больному на дом:**
   1. первичный
   2. вторичный
   3. третичный
   4. пассивный
2. **Больничный лист по уходу за ребенком выдается:**
   1. любому члену семьи, ухаживающему за ребенком
   2. маме
   3. папе
   4. опекуну
3. **В первые сутки здоровым новорожденному проводят вакцинацию против:**
   1. гепатита В
   2. туберкулеза
   3. дифтерии
   4. столбняка
4. **Диспансеризация детей с ревматизмом после 1 атаки проводят:**
   1. ежемесячно в первый квартал
   2. еженедельно в первый месяц
   3. один раз в квартал
   4. один раз в полгода
5. **Основной медицинский документ больного ребенка на диспансерном учете:**
   1. форме № 112/у
   2. форме № 063/у
   3. форма №030/у
   4. форме № 026/у
6. **Вариант вызова врача к больному на дом:**
   1. повторный
   2. вторичный
   3. третичный
   4. пассивный
7. **Диспансеризация педиатром детей с гломерулонефритом проводят:**
   1. ежеквартально
   2. еженедельно
   3. ежемесячно
   4. раз в 6 месяцев
8. **Первоначально больничный лист по уходу за ребенком выдается на:**
   1. 7 дней
   2. 3 дня
   3. 5 дней
   4. 10 дней
9. **Здоровым новорожденным на 3-7 день жизни проводят вакцинацию против:**
   1. туберкулеза
   2. гепатита В
   3. дифтерии
   4. столбняка
10. **Прием вызова фиксируется в книге записи вызовов на дом:**
    1. форма №031/у
    2. форме № 063/у
    3. форме № 026/у
    4. форме № 112/у
11. **Вариант вызова врача к больному на дом:**
    1. активный
    2. вторичный
    3. третичный
    4. пассивный
12. **Диспансеризация педиатром детей с рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями в первый год после диагностики проводят:**
    1. ежеквартально
    2. еженедельно
    3. ежемесячно
    4. раз в 6 месяцев
13. **Единолично врач больничный лист по уходу за ребенком выдает на:**
    1. 14 дней
    2. 5 дня
    3. 7 дней
    4. 10 дней
14. **Профилактические прививки ребенка учитывают в карте профилактических прививок**
    1. форме № 063/у
    2. форма №056/у-93
    3. форме № 026/у
    4. форме № 112/у
15. **В один год ребенку проводят 1 вакцинацию против:**
    1. кори, краснухи, эпидемического паротита
    2. гепатита В
    3. туберкулеза
    4. дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита
16. **Заболевший ребенок в возрасте старше года должен наблюдаться:** 
    1. в зависимости от тяжести заболевания
    2. дважды в день
    3. ежедневно
    4. через день
17. **Диспансеризация педиатром детей с пиелонефритами в первый год после диагностики проводят:**
    1. ежеквартально
    2. еженедельно
    3. ежемесячно
    4. раз в 6 месяцев
18. **Врачебная комиссия проливает больничный лист по уходу за ребенком свыше:**
    1. 14 дней
    2. 7 дней
    3. 10 дней
    4. 21 дня
19. **Профилактические прививки ребенка учитывают в сертификате профилактических прививок**
    1. форма №156/у-93
    2. форме № 063/у
    3. форме № 026/у
    4. форме № 112/у
20. **В 6 лет проводят ревакцинацию против:**
    1. кори, краснухи, эпидемического паротита
    2. дифтерии, коклюша, столбняка
    3. полиомиелита
    4. туберкулеза

**5 курс**

**«АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.**

**ОСТРЫЕ БРОНХИТЫ У ДЕТЕЙ»**

1. **Число дыхательных движений в минуту у новорожденного ребенка**
   1. 40 – 60
   2. 18 – 20
   3. 20 - 25
   4. 30 – 35
2. **Анатомо-физиологическими особенностями носа у детей раннего возраста являются:**
3. узкие и короткие носовые ходы;
4. небогатая васкуляризация подслизистой;
5. широкие носовые ходы;
6. наличие кавернозного сплетения.
7. **При трахеобронхите кашель сопровождается болями**
8. за грудиной
9. в горле
10. в боку
11. в животе
12. **При аускультации над легкими ослабление дыхания наблюдается при:**
13. значительном бронхоспазме, синдроме обструкции, вызванном отеком и скоплением слизи в просвете легких и экссудативном плеврите;
14. поражении средних бронхов;
15. поражении мелких бронхов;
16. уплотнении легочной ткани;
17. **В хронизации воспалительного процесса в бронхах играют роль:**
18. нарушение мукоцилиарного клиренса, снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран
19. нарушение мукоцилиарного клиренса
20. нарушение мукоцилиарного клиренса и снижение местного иммунитета
21. снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран
22. **Число дыхательных движений в минуту у ребенка 4-6 мес.**
23. 35 - 40
24. 18 – 20
25. 20 - 35
26. 40 – 60
27. **Анатомо-физиологическими особенностями грудной клетки у детей раннего возраста являются:**
28. экспираторное расположение ребер
29. небольшая подвижность средостения
30. широкая плевральная щель
31. низкое стояние диафрагмы
32. **Какой вид кашля характерен для коклюша**
33. приступообразный кашель с репризами
34. сухой кашель
35. лающий кашель
36. спастический кашель**.**
37. **Анатомо-физиологическими особенностями легких у детей раннего возраста являются**
38. склонность слизистых оболочек к отеку и гиперсекреции
39. хорошая дренажная функция;
40. меньшая устойчивость к гипоксии
41. хорошее развитие эластических и мышечных волокон
42. **При увеличении интраторакальных лимфатических узлов отмечается следующий симптом**
43. симптом чаши Философова
44. симптом Волковича
45. симптом Кернига
46. симптом Брудзинского
47. **Число дыхательных движений в минуту у ребенка 3 лет**
48. 25 - 30
49. 18 – 20
50. 30 – 35
51. 40 - 60
52. **Назовите анатомо-физиологические особенности гортани у детей раннего возраста**
53. хрящи гортани нежные и податливые
54. эластическая ткань гортани развита хорошо
55. клетчатка подсвязочного пространства недостаточно рыхлая
56. слизистая оболочка гортани плохо кровоснабжается
57. **Кашель при острой пневмонии у детей младшего возраста бывает:**
58. влажный
59. приступообразный
60. битональный
61. грубый, лающий
62. **Аускультативно при очаговой бронхопневмонии определяется:**
63. жесткое или ослабленное дыхание
64. пуэрильное дыхание
65. везикулярное дыхание
66. бронхиальное дыхание
67. **Нехарактерным симптомом бронхопневмонии у детей 1-го года жизни является**
68. повышение АД
69. влажный кашель
70. одышка смешанного характера
71. мелкопузырчатые хрипы
72. **Число дыхательных движений в минуту у ребенка 5 лет**
73. около 25
74. 18 – 20
75. 30 – 35
76. 40 - 60
77. **Назовите анатомо-физиологические особенности бронхов у детей раннего возраста**
78. большая концентрация слизистых желез
79. широкие бронхи
80. эластическая ткань развита хорошо
81. плохая васкуляризация слизистой оболочки
82. **Назовите характер кашля при ларингите**
83. грубый, лающий
84. приступообразный
85. влажный
86. битональный
87. **Аускультативно при остром простом бронхите определяется:**
88. жесткое дыхание
89. пуэрильное дыхание
90. везикулярное дыхание
91. бронхиальное дыхание
92. **Ослабление дыхания в легких наблюдается при:**
93. значительном бронхоспазме, синдроме обструкции, вызванном отеком и скоплением слизи в просвете легких
94. при скоплении жидкости в полости плевры
95. при поражении средних и мелких бронхов
96. при лихорадочных состояниях

**«БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ»**

1. **Бронхиальная астма – это заболевание, развивающееся на основе:**
2. хронического аллергического воспаления бронхов
3. хронического бактериального воспаления бронхов
4. хронического вирусного воспаления бронхов
5. гипореактивности бронхов
6. **Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у детей от 1 года до 3-х лет является аллергия:**
7. бытовая, эпидермальная, грибковая
8. пищевая
9. пыльцевая
10. лекарственная
11. **Возможна следующая этиопатогенетическая форма бронхиальной астмы:**
12. аспириновая
13. гемолитическая
14. химическая
15. бытовая
16. **Обструкция воздухоносных путей при бронхиальной астме обусловлена**
17. спазмом гладкой мускулаттуры бронхов, отеком гладкой мускулатуры бронхов, дискринией, гиперкинией.
18. спазмом гладкой мускулатуры бронхов.
19. отеком слизистой бронхов и дискринией.
20. механической обструкцией бронхов в результате скопления слизи.
21. **Что не нужно включать в план обследования ребенка с бронхиальной астмой?**
22. определение серомукоида, титров АСГ, АСЛО
23. кожно-аллергические пробы
24. спирометрия
25. пневмотахиметрия
26. **Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:**
27. бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов
28. бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи
29. гиперсекрецией слизи
30. гипосекрецией слизи, отеком стенки бронхов
31. **Бронхиальная астма с повторяющимися приступами весной обусловлена сенсибилизацией к пыльце:**
32. деревьев, кустарников
33. злаковых
34. сорных трав
35. луговых трав
36. **Какие внутренние факторы располагают к развитию бронхиальной астмы**
37. атопия
38. аллергены
39. вакцинация
40. ксенобиотики
41. **При аллергическом поражении дыхательной системы у детей наблюдаются следующие признаки:**
42. упорно рецидивирующий характер течения
43. хороший эффект от антибактериальной терапии
44. отмечается выраженная температурная реакция
45. катаральные явления в легких
46. **Для бронхиальной астмы у детей раннего возраста характерны следующие признаки:**
47. наличие периода предшественников/нарушение сна, аппетита, удящая сыпь и т.д.
48. затруднение вдоха
49. одышка инспираторного характера с удлиненным вдохом
50. признаки удушья резко выражены
51. **Бронхиальная астма это:**
52. аллергическое заболевание, характеризующееся рецидивирующими, обратимыми приступами удушья, обусловленными высокой гиперреактивностью бронхов.
53. локальное обструктивное заболевание легких.
54. диффузное обструктивное заболевание легких, характеризующееся низкой обратимостью обструктивного процесса.
55. заболевание, характеризующееся низкой чувствительностью бронхов к медиаторам анафилаксии.
56. **Эквивалентом приступа бронхиальной астмы у детей может быть:**
57. кратковременное затруднение дыхания без нарушения общего состояния
58. упорный лающий кашель
59. спонтанный пневмоторакс
60. приступ инспираторного затруднения дыхания
61. **Какие осложнения не характерны для бронхиальной астмы у детей**
62. тромбоз легочной артерии
63. пневмоторакс
64. ателектаз
65. легочное сердце
66. **Факторы семейного анамнеза, имеющие значение для включения ребенка в группу риска по респираторному аллергозу**
67. аллергические поражения респираторного тракта
68. частые простудные заболевания
69. туберкулез
70. сахарный диабет
71. **Что является противопоказанием к кожному тестированию**
72. обострение основного заболевания
73. ремиссия основного заболевания
74. сахарный диабет
75. отягощенный анамнез по атопии
76. **Что из перечисленного является провоцирующим фактором для обострения бронхиальной астмы**
77. вакцинация
78. атопия
79. гиперреактивность бронхов
80. отягощенный анамнез
81. **С какого возраста можно проводить пикфлуометрию у детей?**
82. с 5 лет
83. с рождения
84. с 3х лет
85. с 12 лет
86. **Какая частота приступов характерна для легкой персистирующей бронхиальной астмы**
87. менее 1 раза в неделю
88. более 1 раза в неделю
89. несколько раз в неделю
90. ежедневно
91. **Какие медиаторы высвобождаются при дегрануляции тучных клеток?**
92. брадикинин, хемотаксический фактор эозинофилов, гистамин и медленно реагирующее вещество анафилаксии
93. Брадикинин
94. хемотаксический фактор эозинофилов
95. гистамин
96. **Что является противопоказанием к кожному тестированию**
97. распространенный дерматит
98. хронический пиелонефрит
99. гипотиреоз
100. сахарный диабет

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ»**

**2 занятие**

1. **Для респираторного аллергоза характерны**
2. упорный, навязчивый, преимущественно ночной кашель
3. высокая температура
4. боли за грудиной
5. стойкость физикальных явлений в легких
6. **При обструктивном синдроме применяются:**
7. бронхоспазмолитики
8. отхаркивающие средства
9. муколитики
10. десенсибилизирующие средства
11. **Клинические признаки острой обструкции:**
12. экспираторная одышка
13. бронхиальное дыхание
14. ясный легочный перкуторный звук
15. сухие хрипы на выдохе
16. **Назовите адреномиметик длительного действия**
17. формотерол
18. сальбутамол
19. фенотерол
20. беротек
21. **Какие препараты следует использовать в лечении тяжелого приступа бронхиальной астмы:**
22. в2-агонисты короткого действия
23. седативные средства
24. антигистаминные препараты 1 поколения
25. муколитики
26. **Какие осложнения не характерны для бронхиальной астмы у детей**
27. тромбоз легочной артерии
28. пневмоторакс
29. ателектаз
30. легочное сердце
31. **Наиболее частый побочный эффект ингаляционных ГКС**
32. кандидоз полости рта
33. недостаточность коры надпочечников
34. остеопороз
35. гипергликемия
36. **Назовите причины, которые не могут привести к развитию астматического состояния у детей:**
37. передозировка сердечных гликозидов
38. форсированное снижение гормонов
39. присоединение бронхолегочной инфекции
40. массивный контакт с причиннозначимым аллергеном
41. **Для аспириновой астмы нехарактерно:**
42. аллергический генез.
43. полипоз слизистой носа.
44. развитие заболевания в результате нарушения синтеза простагландинов
45. связь с приемом нпвс.
46. **Какие препараты следует использовать в лечении астматического статуса:**
47. преднизолон
48. седативные средства
49. антигистаминные препараты 1 поколения
50. муколитики
51. **Для легкого приступа бронхиальной астмы характерны следующие признаки:**
52. возникает не чаще 2 раз в месяц
53. купируется инъекционными методами
54. возникает не чаще 1 раза в неделю
55. купируется введением адреналина
56. **Ребенок 14 лет с бронхиальной астмой. Постоянно пользовался сальбутамолом. Настоящее ухудшение наступило 20 часов назад. Появился приступ удушья, бледность, возбуждение, блеск глаз, тахикардия. Ребенок в вынужденном положении, ловит воздух ртом, акроцианоз, экспираторная одышка-36 в мин., с участием вспомогательной мускулатуры. Пульс-140 в минуту, АД-130/90мм.рт.ст. При перкуссии над легкими эмфизематозный звук, аускультативно - сухие хрипы, дыхание проводится мозаично. Печень не увеличена.**

**Такое состояние возможно при:**

1. астматический статус 2ст
2. острая сердечная недостаточность
3. приступ пароксизмальной тахикардии
4. пневмоторакс
5. **Поддерживающая инфузия эуфиллина при астматическом статусе у ребенка проводится со скоростью:**
6. 0,8-1,0 мг/кг в час.
7. 0,2 мг/кг в час.
8. 0,3-0,5 мг/кг в час.
9. 0,6-0,7 мг/кг в час.
10. **В отличии от сердечной астмы, бронхиальная астма характеризуется следующими признаками:**
11. экспираторная одышка
12. резкий периферический цианоз
13. наличие периферических отеков
14. значительное увеличение границ относительной сердечной тупости
15. **Признак, нехарактерный для бронхиальной астмы:**

1. повышение хлоридов пота

2. бронхоспазм с экспираторной одышкой

3. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты

4. рассеянные непостоянные сухие хрипы

1. **Дыхательная недостаточность I ст. определяется клинически наличием:**
2. одышки при физической нагрузке
3. одышки в покое
4. втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области
5. раздуванием крыльев носа
6. **Базисной противовоспалительной терапией при БА легкого течения является**
7. базисная терапия не нужна. Эффективны элиминационные мероприятия, АСИТ
8. антилейкотриеновые препараты, В2-агонисты длительного действия, низкие дозы ингаляционных ГКС
9. низкие и средние дозы ингаляционных ГКС, антилейкотриеновые препараты
10. комбинированные препараты, средние и высокие дозы ингаляционных ГКС
11. **Приступ бронхиальной астмы характеризуется:**
12. экспираторной одышкой
13. инспираторной одышкой
14. акроцианозом
15. периферическими отеками
16. **С какого возраста разрешены к использованию препараты анти-IgЕ-антител**
17. с 12 лет
18. с 5 лет
19. с 8 лет
20. с 15 лет
21. **Комбинацию каких препаратов включает симбикорт**
22. формотерол+будесонид
23. сальметерол+фликсотид
24. фенотерол+флутиказон
25. сальбутамол+мометазон фуроат

**«НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ».**

1. **Доношенный новорожденный — это ребенок, родившийся при сроке беременности**
2. 37-42 недель
3. менее 37 недель
4. более 42 недель
5. **Низкая масса тела при рождении — это масса тела независимо от срока гестации**
6. от 1500 г до 2500 г.
7. менее 1000 г.
8. от 1000 г до 1500 г.
9. от 2500 г до 3000 г.
10. **Вторая степень максимальной убыли массы тела составляет**
11. 6-10%
12. до 6%
13. более 10%
14. **Желтизна кожи у доношенных детей появляется при концентрации непрямого билирубина**
15. 51-60 мкмоль/л
16. 41-50 мкмоль/л
17. 60-85 мкмоль/л
18. 85-103 мкмоль/л
19. **К морфологическим признакам недоношенности относится:**
20. зияние половой щели
21. низкий мышечный тонус
22. нагрубание грудных желез
23. низкий тембр голоса
24. **Недоношенный новорожденный — это ребенок, родившийся при сроке беременности**
25. менее 37 недель
26. 37-42 недель
27. более 42 недель
28. **Очень низкая масса тела при рождении, это масса**
29. от 1000 г до 1500 г.
30. менее 1000 г.
31. от 1500 г до 2500 г.
32. от 2500 г до 3000 г.
33. **Диспластический вариант ЗВУР это**
34. сочетание дефицита и массы и/или длины тела и более 5 стигм дисэмбриогнеза
35. дефицит массы тела при длине соответствующей сроку
36. дефицит и массы и длины тела к долженствующим показателям
37. нормальные показатели массы и роста к сроку гестации
38. **К морфологическим признакам недоношенности относится**
39. низкое расположение пупка
40. стигмы дисэмбриогенеза
41. низкий мышечный тонус
42. низкий тембр голоса
43. **Восстановление массы тела после транзиторной убыли наступает на**
44. 6-7 сутки
45. 2-3 сутки
46. 3-4 сутки
47. 8-9 сутки
48. **Перинатальный период длится:**
49. с 28 недели внутриутробной жизни по 7 сутки после рождения
50. с 28 недели внутриутробной жизни до рождения
51. с 28 недели внутриутробной жизни до выписки из роддома
52. с 28 недели внутриутробной жизни по 28 сутки после рождения
53. **Экстремально низкая масса тела при рождении — это масса**
54. менее 1000 г
55. от 1000 г до 1500 г
56. от 1500 г до 2500 г
57. от 2500 г до 3000 г
58. **Гипопластический вариант ЗВУР это**
59. дефицит и массы и длины тела к долженствующим показателям
60. нормальная масса и рост к сроку гестации
61. дефицит массы тела при длине соответствующей сроку гестации
62. сочетание дефицита и массы и/или длины тела и более 5 стигм дисэмбриогнеза
63. **Желтизна кожных покровов при физиологической желтухе появляется на**
64. 2-3 сутки
65. 1-2 сутки
66. 3-4 сутки
67. 6-7 сутки
68. **К морфологическим признакам недоношенности относится:**
69. обильное лануго
70. стигмы дисэмбриогенеза
71. частые срыгивания
72. низкий тембр голоса
73. **Переношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке беременности**
74. более 42 недель
75. менее 37 недель
76. 37-42 недель
77. **Гипотрофический вариант ЗВУР это**
78. дефицит массы тела при длине соответствующей сроку
79. дефицит и массы и длины тела к долженствующим показателям
80. сочетание дефицита и массы и/или длины тела и более 5 стигм дисэмбриогнеза
81. нормальные показатели массы и роста к сроку гестации
82. **Максимальная убыль первоначальной массы тела новорожденного наблюдается**
83. на 3-4 сутки
84. на 1-2 сутки
85. на 2-3 сутки
86. на 6-7 сутки
87. **К морфологическим признакам недоношенности относится:**
88. недоразвитие ногтей
89. низкий мышечный тонус
90. частые срыгивания
91. низкий тембр голоса
92. **Желтизна кожи у недоношенных детей появляется при концентрации непрямого билирубина**
93. 85-103 мкмоль/л
94. 41-50 мкмоль/л
95. 51-60 мкмоль/л
96. 60-85 мкмоль/л

**«ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ».**

1. **Особенностью клинической картины гемолитической болезни новорожденных является:**
2. кожные покровы ярко желтые с лимонным оттенком (желтуха на белом фоне)
3. кожные покровы имеют оранжевый оттенок
4. не увеличены размеры печени и селезенки
5. общее состояние ребенка удовлетворительное
6. **Непрямой билирубин образуется в:**
7. клетках РЭС
8. клетках Меркеля
9. клетках Лейдига
10. клетках Сертоли
11. **Физиологическая желтуха появляется:**
12. спустя 24-36 часов после рождения
13. в течение первых 24 часов жизни
14. в течение первых 6 часов жизни
15. после 3-4 суток от момента рождения
16. **Операция ОПК при несовместимости по групповым факторам используется комбинация:**
17. эритроцитарная масса 0(I) Rh (соответствует ребенку) и плазмы IV(АВ) как 2:1
18. эритроцитарная масса 0(I) Rh(-) и плазма IV(АВ) как 1:1
19. эритроцитарная масса и Rh (соответствует ребенку) и плазма 0(I) как 2:1
20. эритроцитарная масса 0(I) Rh(+) и плазмы IV(АВ) как 3:1
21. **Операция ОПК у новорожденных до 4 дней жизни проводится через:**
22. вену пуповины
23. любую доступную вену
24. кубитальную вену
25. подключичную вену
26. **Непрямой билирубин это:**
27. неконъюгированный билирубин
28. уробилиноген
29. конъюгированный билирубин
30. частично конъюгированный билирубин
31. **Физиологическая желтуха новорожденного это:**
32. желтушное окрашивание кожи спустя 24-36 часов после рождения, за счет транзиторного повышения непрямого билирубина
33. желтушное окрашивание кожи спустя 24-36 часов после рождения, без повышения билирубина
34. желтушное окрашивание кожи спустя 24-36 часов после рождения за счет транзиторного повышения прямого билирубина
35. лабораторное увеличение непрямого билирубина, без желтушного окрашивания кожи
36. **Наиболее тяжелая форма ГБН:**
37. отечная
38. острая
39. желтушная
40. хроническая
41. **ГБН по Rh фактору развивается при сочетании:**
42. у матери Rh(-) у плода Rh(+)
43. у матери Rh(+) у плода Rh(-)
44. у матери Rh(+) у плода Rh(+)
45. у матери Rh(-) у плода Rh(-)
46. **Стандартное ОПК проводят в объеме:**
47. 160-180 мл/кг
48. 45-90 мл/кг
49. 180-200 мл/кг
50. 200-220 мл/кг
51. **Степень токсического влияния билирубина зависит от:**
52. концентрации непрямого билирубина в крови
53. концентрации прямого билирубина в крови
54. концентрации биливердина в крови
55. количества гемоглобина в крови
56. **Фототерапию при желтухе новорожденных проводят с целью:**
57. фотоизомеризации билирубина в коже
58. улучшения микроциркуляции в коже
59. стимуляции иммунитета
60. предупреждения инфицирования кожи
61. **Желтуха при ГБН чаще появляется на:**
62. в течение первых 24 часов жизни
63. спустя 24-36 часов после рождения
64. спустя 7 суток после рождения
65. после 3-4 суток от момента рождения
66. **Операция ОПК при несовместимости по Rh фактору используется комбинация:**
67. эритроцитарная масса одногруппная Rh(-) и одногруппная плазма как 2:1
68. эритроцитарная масса 0(I) Rh(-) и плазма IV(АВ) как 1:1
69. эритроцитарная масса и Rh (соответствует ребенку) и плазма 0(I) как 2:1
70. эритроцитарная масса 0(I) Rh (соответствует ребенку) и плазмы IV(АВ) как 2:1
71. **Операция ОПК проводится:**
72. врачом и ассистентом
73. врачом
74. оператором
75. медсестрой (после обучения)
76. **В обмене билирубина участвуют:**
77. глюкуронилтрансфераза
78. олигонуклеотидаза
79. галактозо-1 фосфатуридилтрансфераза
80. дипептидаза
81. **Особенностью клинической картины физиологической желтухи новорожденных является:**
82. кожные покровы имеют оранжевый оттенок
83. ярко желтые с лимонным оттенком кожные покровы
84. увеличены размеры печени и селезенки
85. отмечается пастозность или отечность
86. **Характерным осложнением желтушной формы ГБН является:**
87. биллирубиновая энцефалопатия
88. пневмония
89. мекониальный илеус
90. сепсис
91. **Операция ОПК при несовместимости по Rh фактору и по группе крови используется комбинация:**
92. эритромасса 0(I) Rh(-) и плазмы IV(АВ) как 2:1
93. эритромасса 0(I) Rh (соответствует ребенку) и плазмы IV(АВ) как 2:1
94. эритромасса 0(I) Rh(+) и плазмы IV(АВ) как 3:1
95. эритромасса одногруппная Rh (-) и плазма одногруппная 2:1
96. **Для операции ОПК используются препараты крови сроком консервации:**
97. не более 72 часа
98. не более 24 часа
99. не более 48 часа
100. не более 96 часов

**«ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ»**

1. **«Status marmoratus» это морфологический паттерн поражения**
2. базальных ганглиев и таламуса, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
3. мозжечка, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
4. коры мозга, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
5. **Селективный некроз нейронов у доношенных детей локализуется в**
6. коре мозга и стволе мозга
7. перивентрикулярной области
8. интравентрикулярной области
9. диэнцефальной области
10. **Селективный некроз нейронов у недоношенных детей преобладает в**
11. коре мозга и диэнцефальной области
12. подкорковом белом веществе
13. спинном мозге
14. мозжечке
15. **Для III стадии энцефалопатии характерно:**
16. ступор, вялость, отсутствие рефлекса Моро
17. беспокойство, нормальный мышечный тонус, повышение рефлекса Моро
18. беспокойство, гипотония, ослабление рефлекса Моро
19. летаргия, гипотония, ослабление рефлекса Моро
20. **Клинические проявления церебральной ишемии I степени (легкой) не должны превышать:**
21. 7 дней
22. 1 день
23. 3 дня
24. 10 дней
25. **Для доношенных новорожденных при гипоксии мозга характерно поражение:**
26. коры мозга и подкоркового белого вещества
27. перивентрикулярной области
28. интравентрикулярной области
29. пери- и интравентрикулярной области
30. **Селективный некроз нейронов у доношенных детей локализуется:**
31. коре мозга и спинном мозге
32. диэнцефальной области
33. перивентрикулярной области
34. интравентрикулярной области
35. **Феномен «пассивного» давления это:**
36. линейная зависимость церебрального кровотока от системного давления
37. обратная зависимость церебрального кровотока от системного давления
38. линейная зависимость церебрального кровотока от циркуляции ликвора
39. обратная зависимость церебрального кровотока от циркуляции ликвора
40. **Для II стадии энцефалопатии характерно:**
41. летаргия, гипотония, ослабление рефлекса Моро
42. беспокойство, нормальный мышечный тонус, повышение рефлекса Моро
43. беспокойство, гипотония, ослабление рефлекса Моро
44. ступор, вялость, отсутствие рефлекса Моро
45. **При снижении системного давления в головном мозге развиваются:**
46. ишемия и некроз
47. кровоизлияния
48. спазм сосудов
49. парез сосудов
50. **Для недоношенных новорожденных при гипоксии мозга характерно поражение:**
51. пери- и интравентрикулярные поражения
52. коры мозга и подкоркового белого вещества
53. кора и ствол головного мозга
54. кора и таламус
55. **Селективный некроз нейронов у доношенных детей локализуется**
56. коре мозга и таламусе
57. диэнцефальной области
58. перивентрикулярной области
59. интравентрикулярной области
60. **Длительность подострой фазы течения ГИЭ**
61. до 20 дней
62. до 30 дней
63. до 40 дней
64. до 56 дней
65. **Отсутствие герминального матрикса на дне переднего рога бокового желудочка, магистральный тип кровоснабжения мозга характерно для**
66. новорожденных после 32- 33 недели гестации
67. недоношенных детей менее 32 недели гестации
68. недоношенных детей на 32-33 недели гестации
69. новорожденных не зависимо от срока гестации
70. **При повышении системного давления в головном мозге развиваются:**
71. кровоизлияния
72. ишемия
73. фокальный некроз
74. мультифокальный некроз
75. **Хроническая гипоксия у доношенных новорожденных, как правило, приводит к:**
76. корковым нарушениям в сочетание с отеком
77. стволовым нарушениям в сочетании с отеком
78. спинальным нарушениям в сочетании с отеком
79. **Селективный некроз нейронов у доношенных детей локализуется:**
80. коре мозга и таламусе
81. диэнцефальной области
82. перивентрикулярной области
83. интравентрикулярной области
84. **Острая и тяжелая гипоксия у доношенных новорожденных, как правило, приводит к:**
85. стволовым и спинальным нарушениям
86. корковым нарушениям в сочетание с отеком
87. корковым нарушениям без отека
88. **Наличие герминального матрикса на дне переднего рога бокового желудочка, терминальный тип кровоснабжения мозга характерно для:**
89. недоношенных детей менее 32 недели гестации
90. недоношенных детей более 33, но менее 36 недели гестации
91. недоношенных детей более 36 недели гестации
92. доношенных детей
93. **Для I стадии энцефалопатии характерно:**
94. беспокойство, нормальный мышечный тонус, повышение рефлекса Моро
95. беспокойство, гипотония, ослабление рефлекса Моро
96. летаргия, гипотония, ослабление рефлекса Моро
97. ступор, вялость, отсутствие рефлекса Моро

**«РДС. ПНЕВМОНИЯ, СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ»**

1. **Респираторный дистресс синдром новорожденных - это:**
2. тяжёлое расстройство дыхания, обусловленное незрелостью лёгких и/или дефицитом сурфактанта
3. заболевание, возникающее в первые часы после рождения, и характеризующееся транзиторным отёком лёгких, связанным с задержкой резорбции фетальной жидкости.
4. воспалительный процесс в респираторных отделах лёгких, возникающий в первые 48 часов жизни, в следствии распада сурфактанта
5. **Патогенетически при пневмонии возникает всё, кроме:**
6. образования пиемических очагов
7. интерстициального отёка
8. формирования гиалиновых мембран
9. распада сурфактанта
10. **Для типичной клиники позднего сепсиса характерно всё, кроме:**
11. молниеносное начало
12. наличие фокальных очагов
13. медленно прогрессирующее начало
14. **Одним из симптомов РДСН является:**
15. «дыхание трубача»
16. ригидность затылочных мышц
17. мозговой крик
18. одышка менее 60 в минуту
19. **Ранний сепсис у новорожденных возникает:**
20. в первые 3е суток жизни
21. в первые 7 дней жизни
22. до 28 дней жизни
23. в первые 24 часа жизни
24. **Синтез сурфактанта с участием фосфохолин трансферазы начинает действовать с:**
25. с 35 – 36 недели гестации
26. с 30 – 31 недели гестации
27. с 22 – 24 недели гестации
28. с 37 недели гестации
29. **Клиническая картина РДСН развивается:**
30. в первые сутки жизни
31. на 5 день жизни
32. 3.на 2-3 сутки жизни
33. в первых 5 минут жизни
34. **Врождённые интранатальные пневмонии обусловлены проникновением возбудителя:**
35. при прохождении по родовым путям матери
36. внутриутробно на любом сроке гестации
37. внутриутробно с 14 недели гестации
38. через руки медперсонала
39. **Повышенная чувствительность новорожденных к инфекции обусловлена всем, кроме:**
40. низкой продукции цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-12
41. сниженного количества Ig M и А
42. низкого уровня С3 компонента
43. сниженной функцией NК клеток
44. **При криптогенном сепсисе входные ворота:**

1. не известно

2. руки персонала

3. пупочная ранка

4. кожа, кишечник, пупочная ранка

1. **Врождённые трансплацентарные пневмонии вызываются возбудителями, кроме:**
2. 1.гемофильной палочки
3. 2.ЦМВ инфекции
4. 3.вируса герпеса
5. микоплазменной инфекции
6. **При врождённых пневмониях инфекция проникает к плоду:**

1. гематогенно

2. лимфогенно

3. бронхогенно

1. **Патологоанатомические изменения при РДСН лёгкие:**

1. безвоздушные, тонут в воде

2. полнокровные, багрового цвета

3. спавшиеся, но не тонут в воде

4. деформированные, заполнены жидкостью

1. **Аускультативно в лёгких при РДСН:**
2. ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы
3. пуэрильное дыхание, влажные хрипы
4. жёсткое дыхание, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы
5. **Критерием септикопиемии является:**

1. однотипность возбудителя, выделенного из разных очагов

2. наличие 3-х и более возбудителей в одном очаге

3. наличие 3-х идентичных возбудителей в не менее 3-х очагах

1. **Синтез сурфактанта с участием метилтрансферазы начинается с:**
2. 24 недели гестации
3. 36 недели гестации
4. с 37 недели гестации
5. 12 – 16 недели гестации
6. **В состав сурфактанта входят:**

1. фосфолипиды, нейтральные липиды, протеины А,В,С,D.

2. фосфатидилхолин и протеины А,В,С,D.

3. фосфатидилглицерол, липиды, аминокислоты

4. аминокислоты, липиды и глюкоза

1. **К факторам риска врождённой пневмонии относят, всё кроме:**

1. родовая травма

2. ЗВУР

3. тяжёлая асфиксия в родах

4. длительный безводный промежуток

1. **Ранним косвенным признаком внутриутробной пневмонии является:**
2. увеличение остаточного содержимого желудка, с примесь желчи
3. влажный кашель с прозрачной мокротой
4. приступы вторичной асфиксии
5. «хрюкающее дыхание»
6. **Этиологическим фактором в развитии септического шока является:**
7. грамотрицательная флора
8. грамположительная флора
9. грамотрицательная флора, стрептококки гр. В, энтерококки
10. любая микрофлора, но в большом количестве

**«ОСОБЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ»**

1. **Характерным клиническим признаком для сахарного диабета является**
2. глюкозурия
3. гипогликемия
4. гипокетонемия
5. олигурия
6. **Симптомом характерный для гипогликемической комы является**
7. влажная и холодная кожа
8. широкие зрачки
9. гипертонус мышц
10. гликемия более 7,8 ммоль/л
11. запах ацетона в выдыхаемом воздухе
12. **У больных сахарным диабетом процесс депонирования гликогена в печени:**
13. снижен
14. повышен
15. не изменен
16. **Критериями сахарного диабета является**
17. характерные симптомы и случайно выявление глюкозы плазмы выше 11,1 ммоль/л
18. характерные симптомы и случайно выявление глюкозы плазмы от 11,1 до 7,8 ммоль/л
19. характерные симптомы и случайно выявление глюкозы плазмы от 7,8 до 6,3 ммоль/л
20. **Инсулин короткого действия по сравнению с пролонгированными инсулинами действует:**
21. Быстрее и менее продолжительно
22. Быстрее и более продолжительно
23. Медленнее и более продолжительно
24. Медленнее и менее продолжительно
25. **Нарушение толерантности к глюкозе после проведение орального теста на толерантность к глюкозе устанавливается при уровне гликемии:**
26. 7,8-11,0 ммоль/л
27. 5,6-7,8 ммоль/л
28. Более 11,0 ммоль/л
29. **Предполагать наличие сахарного диабета можно если имеют место:**
30. характерные симптомы и выявление глюкозы плазмы натощак 7,0 ммоль/л
31. характерные симптомы и выявление глюкозы плазмы натощак ниже 5,6 ммоль/л
32. характерные симптомы и выявление глюкозы плазмы натощак от 5,6—6,9 ммоль/л
33. **При сахарном диабете 1 типа наличие антител к β клеткам:**
34. характерно
35. нехарактерно
36. возможно незначительное количество
37. **К пусковым фактором манифестации сахарного диабета 1 типа относятся**
38. вирусная инфекция
39. потребление большого количества сладкого
40. неонатальная желтуха
41. большое потребление пищи
42. **Пролонгированный инсулин по сравнению с инсулинами короткого действия действует:**
43. медленнее и более продолжительно
44. быстрее и более продолжительно
45. быстрее и менее продолжительно
46. медленнее и менее продолжительно
47. **Нормальный уровень глюкозы в плазме крови натощак у детей составляет**
48. менее 5,6 ммоль/л
49. 5,6—6,9 ммоль/л
50. 7,0-11,0 ммоль/л
51. 11,1 ммоль/л и более
52. **Для диабетического кетоацидоза характерно:**
53. боли в животе, запахом ацетона изо рта
54. гипергликемия, судороги, галлюцинации
55. симптомами псевдоперитонита, pH более 7,2
56. гипогликемия, влажная кожа, тремор рук
57. **Уровень С-пептида отражает**
58. секрецию инсулина
59. секрецию глюкагона
60. секрецию соматотропина
61. образование аутоантител к антигенам β-клеток
62. **При сахарном диабете I1 типа наличие антител к β клеткам:**
63. нехарактерно
64. характерно
65. возможно незначительное количество
66. **Наиболее типично для сахарного диабета 1 типа**
67. острое начало заболевания с гипергликемии
68. постепенное начало заболевания с гипогликемии
69. постепенное начало заболевания с гипергликемии
70. острое начало заболевания с гипогликемии
71. **Нарушенная гликемия натощак это уровень глюкозы в плазме натощак**
72. 5,6—6,9 ммоль/л
73. менее 5,6 ммоль/л
74. 7,0-11,0 ммоль/л
75. 11,1 ммоль/л и более
76. **Для лактатацидотической комы характерно:**
77. гипоксемия, ацидоз, псевдоперитонит
78. гипергликемия, судороги, галюцинации
79. боли в животе, запахом ацетона изо рта
80. гипогликемия, влажная кожа, тремор рук
81. **Уровень гликированного гемоглобина в крови отражает:**
82. длительность гипергликемии
83. длительность гипогликемии
84. длительность гиперинсулинемии
85. длительность глюкозурии
86. **Для сахарного диабета характерно**
87. появление аутоантител к антигенам β-клеток
88. усиление депонирования гликогена
89. повышение синтеза С-пептида
90. снижение уровня гликированного гемоглобина
91. **Наиболее характерно для сахарного диабета II типа**
92. постепенное начало заболевания с гипергликемии
93. постепенное начало заболевания с гипогликемии
94. острое начало заболевания с гипергликемии
95. острое начало заболевания с гипогликемии

**«БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ. ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ. ГИПОТИРЕОЗ»**

1. **При первичном гипотиреозе наблюдаются следующие изменения уровня гормонов щитовидной железы:**
2. Т4 и Т3 снижены, ТТГ повышен
3. тироксин (Т4), трийодтиронина (Т3) и ТТГ (тиреотропный гормон) повышены
4. Т4 и Т3 повышен, ТТГ снижен
5. Т4, Т3, ТТГ снижены
6. **Психомоторное развитие при гипотиреозе**
7. замедляется
8. не изменяется
9. ускоряется
10. **Характерным клиническим проявлением гипертиреоза является:**
11. тахикардия
12. мышечная гипотония
13. отставания психомоторного развития
14. сухость кожи и волос
15. брадикардия
16. **При пальпации щитовидной железы следует попросить ребенка: и по просьбе врача делать глотательные движения**
17. сидеть ровно и по просьбе врача делать глотательные движения
18. произвести полное разгибание шеи
19. задержать дыхание и по просьбе врача делать глотательные движения
20. повернуть голову сначала в одну, а затем в другую сторону
21. **Характерным клиническим проявлением гипотиреоза является:**
22. запоры
23. снижение массы тела
24. повышенная раздражительность
25. стойкая тахикардия
26. повышенная потливость
27. **При вторичном гипотиреозе наблюдаются следующие изменения уровня гормонов щитовидной железы:**
28. Т4, Т3, ТТГ снижены
29. Т4, Т3 и ТТГ повышены
30. Т4 и Т3 повышен, ТТГ снижен
31. Т4 и Т3 снижены, ТТГ повышен
32. **Характерным клиническим проявлением врожденного гипотиреоза является:**
33. мышечная гипотония
34. снижение массы тела
35. беспокойство
36. стойкая тахикардия
37. повышенная потливость
38. **При пальпации перешейка щитовидной железы следует разместить пальцы:**
39. над трахеей
40. над щитовидным хрящом
41. под криковидным хрящом
42. в яремной ямке
43. **Для диффузного токсического зоба характерно:**
44. тремор пальцев рук
45. брадикардия
46. пупочная группа
47. сухость кожи
48. мышечная гипотония
49. **В лечение гипотиреоза используют:**
50. L-тироксин
51. калий йодид
52. мерказолил
53. тиреотомию
54. **Какие изменения уровней тироидных гормонов и ТТГ характерны для субклинического гипотиреоза?**
55. Т4 – в норме; ТТГ – повышен
56. Т4 и ТТГ - понижены
57. Т4 – в норме, ТТГ – понижен
58. Т4 – понижен; ТТГ – в норме
59. **Основным этиологическим фактором гипертиреоза является**
60. аутоиммунные нарушения
61. дефицит йода
62. инфекция
63. генетические нарушения
64. **Избыточное действие тиреоидных гормонов вызывает в организме:**
65. усиливают катаболизм белка и снижает выведение холестерина
66. усиливают катаболизм белка и не влияет на выведение холестерина
67. усиливают катаболизм белка и выведение холестерина
68. снижает катаболизм белка и выведение холестерина
69. **Характерным клиническим проявлением врожденного гипотиреоза является:**
70. низковольтная ЭКГ
71. тахикардия
72. потливость
73. беспокойство
74. **В лечение гипертиреоза используют:**
75. мерказолил
76. калий йодид
77. L-тироксин
78. метамизол натрия
79. **При гипертиреозе наблюдаются следующие изменения уровня гормонов щитовидной железы:**
80. Т4 и Т3 повышен, ТТГ снижен
81. Т4, Т3 и ТТГ повышены
82. Т4 и Т3 снижены, ТТГ повышен
83. Т4, Т3, тиреолиберина снижены
84. **Основным этиологическим фактором эндемического зоба является**
85. дефицит йода
86. непереносимость йода
87. избыточное поступление йода
88. нарушение абсорбции йода
89. **Вторичный гипотиреоз отличается от первичного:**
90. снижением ТТГ
91. снижением Т4 и Т3
92. повышением ТТГ
93. нормальным уровнем ТТГ
94. **Характерным клиническим симптомом гипертиреоза является:**
95. симптом Грефе
96. симптом Кернига
97. симптом заходящего солнца
98. симптом Кохера
99. **В лечение гипертиреоза используют:**
100. тиреотомию
101. калий йодид
102. L-тироксин
103. метамизол натрия

**«НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ»**

1. **Выберите синдром, характерный для гипертонического типа дегидратации:**
2. Кожа сухая, горячая, гипертермия, сухость слизистых, сохранение или повышение АД.
3. Кожа на ощупь липкая, холодная, серого цвета, складка «стоячая», АД понижено.
4. Кожа сухая, холодная на ощупь, эластичность понижена, АД в норме или понижено.
5. **Введение в вену концентрированных растворов глюкозы может вызвать:**
6. Флебит
7. Эмболию
8. Тромбоз
9. Отравление
10. **Что такое эклампсия?**
11. Повышение АД и судороги
12. Повышение ЦВД
13. Повышение АД
14. Повышение АД и ЦВД
15. Отек мозга.
16. **Что подразумевается под термином «синкопальное состояние»?**

1. Обморок  
2. Коллапс   
3. Шок

4. Судорожный синдром  
5. Асфиксия

1. **Тяжелые формы токсического гепатита наблюдаются при отравлении:**
2. Хлорорганическими соединениями
3. Фосфорорганическими соединениями
4. Туберкулостатическими препаратами
5. Цитостатиками
6. **Чем наиболее часто провоцируется развитие синдрома Рейе:**
7. Салицилатами
8. Антибиотиками
9. Цитостатиками
10. Аммиаком
11. **Выберите симптом, не характерный для синдрома Рея:**
    * + 1. Повышение билирубина
12. Судороги
13. Кома
14. Гипераммониемия
15. Гепатомегалия
16. **При лечении шока применяется правило 3 катетеров. Что это такое?**

1. Катетер в вену, мочевой пузырь, желудок  
2. Катетер в вену, мочевой пузырь, нос

3. Катетер в вену, желудок, нос

4. Катетер в желудок, мочевой пузырь, нос

1. **Уремическая эклампсия обусловлена:**

1. Гипоксией и отеком мозга

2. Гиперкалиемией  
3. Гипокальциемией  
4. Гиперренинемией

5. Гиперальдостеронеми

1. **Больной 12 лет, не реагирует на слова, болевые раздражители, отмечается мышечная гипотония, сухожильные рефлексы не вызываются. Зрачки широкие, фото реакция слабая. АД 80/40 мм. рт. ст. Дыхание шумное, глубокое. Установите диагноз:**
2. Кома
3. Сомноленция
4. Сопор
5. Ступор
6. **Терапия обструктивного синдрома начинается с:**

1. Обеспечения проходимости дыхательных путей.

2. Применения ИВЛ.   
3. Регидратации.

4. Введение преднизолона

1. **Лечение астматического статуса начинается с введения:**
2. Преднизолона
3. Кислорода
4. Эуфиллина
5. Адреналина
6. Интубационной трубки
7. **Укажите дозу насыщения эуфиллина при лечении астматического   
   статуса 1 степени у детей:**

1. 5-7 мг/кг

2. 1-2 мг/кг,

3. 3-4 мг/кг

4. 7-10 мг/кг

5. более 10 мг/кг

**«ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ»**

1. **ЧДД в норме у ребенка 5 лет составляет:**
   * + 1. 25 в минуту
       2. 35 в минуту
       3. 45 в минуту
       4. 18-20 в минуту
2. **Назовите наиболее частого возбудителя внебольничной пневмонии:**
3. Streptococcus pneumonia
4. Mycoplasma pneumoniae
5. Chlamydia trachomatis
6. Herpes simplex.
7. **Пневмонию, не разрешившуюся в сроки от 1,5 до 6 месяцев, классифицируют как:**
8. Затяжная
9. Острая
10. Хроническая
11. Подострая
12. **Для клинической картины дыхательной недостаточности 1 ст. характерно:**
13. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
14. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
15. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
16. Одышка не характерна.
17. **Что является «золотым стандартом» диагностики пневмонии?**
18. Рентгенография
19. Фибробронхоскопия
20. Компьютерная томография
21. Спирометрия
22. **ЧДД в норме у ребенка 10 лет составляет:**

1. 18-20 в минуту

2. 35 в минуту

3. 45 в минуту

4. 25 в минуту

1. **Наиболее распространенный путь проникновения возбудителя в легкие:**
2. Бронхогенный
3. Лимфогенный
4. Гематогенный
5. Атерогенный
6. **Пневмония, развившая через 48-72 часа после госпитализации или в течение 48 часов после выписки из стационара:**
7. Внутрибольничная
8. Атипичная
9. Внебольничная
10. Внутриутробная
11. **Для клинической картины дыхательной недостаточности 3 ст. характерно:**
12. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
13. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
14. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
15. Одышка не характерна.
16. **Пуэрильное дыхание выслушивается:**

1. от 3х месяцев до 4-5 лет

2. У новорожденного.

3. От 3 до 6 мес.

4. От 7 до 8 лет.

5. 8-12 дней жизни.

1. **Сколько сегментов в правом легком?**
2. 10.
3. 7
4. 8
5. 9
6. **Пневмония, диагностированная вне лечебного учреждения или в первые 72 часа госпитализации:**
7. Внебольничная
8. Назокомиальная
9. Затяжная
10. Внутрибольничная
11. **Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки:**
12. от 6 недель до 6 месяцев
13. свыше 3 недель
14. от 3 месяцев до 8 месяцев
15. свыше 6 месяцев
16. **Для клинической картины дыхательной недостаточности 2ст. характерно:**
17. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
18. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
19. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
20. Одышка не характерна.
21. **Назовите легочное осложнение пневмонии:**
22. Абсцесс легкого
23. ДВС-синдром
24. Респираторный дистресс-синдром взрослого типа
25. Дыхательная недостаточность
26. **Назовите возбудителя атипичной пневмонии:**
27. Mycoplasma pneumoniae
28. Streptococcus pneumonia
29. Haemophilus influenza
30. Herpes simplex.
31. **У ВИЧ-инфицированных детей чаще всего развивается:**
32. Пневмоцистная пневмония
33. Вирусная пневмония
34. Пневмококковая пневмония
35. Легионеллезная пневмония
36. **Что подразумевает термин «Крупозная пневмония»?**
37. Полисегментарная или лобарная пневмония пневмококковой этиологии
38. Очаговая пневмония
39. Интерстициальная пневмония вирусной этиологии
40. Атипичная пневмония
41. **Для клинической картины дыхательной недостаточности 2ст. характерно:**
42. Цианоз периоральный, лица, рук, постоянный, генерализованная бледность кожи, потливость
43. Цианоза не отмечается
44. Цианоз периоральный, непостоянный, усиливается при беспокойстве
45. Цианоз генерализованный, имеется цианоз слизистых оболочек.
46. **Назовите внелегочное осложнение пневмонии:**
47. ДВС-синдром
48. Абсцесс легкого
49. Синпневмонический плеврит
50. Пневмоторакс

**«ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ»**

1. **Раннее назначение АБП (антибактериального препарата) с учетом наиболее вероятного возбудителя и его чувствительности в регионе, возраста больного, наличие фоновых заболеваний, токсичность и непереносимость АБП для конкретного пациента называется принципом:**
2. Эмпирическим
3. Этиопатогенетическим
4. Оптимальным
5. Идиопатическим
6. **Через какой промежуток времени оценивается эффективность антибиотикотерапии:**
7. Через 48 ч
8. Через 12 ч
9. Через 24 ч
10. Через 72 ч
11. **Какие АБП применяются для лечения пневмонии микоплазменной этиологии?**
12. Макролиды
13. Аминогликозиды
14. Аминопенициллины
15. Фторхинолоны
16. **Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими пневмонию средней степени тяжести, осуществляется в течение**
17. 6 месяцев
18. 4 месяцев
19. 5 месяцев
20. 12 месяцев
21. **Основным критерием для отмены АБТ является?**
22. Регресс клинических симптомов
23. Рассасывание инфильтрации легочной ткани на рентгенограмме
24. Купирование бронхообструктивного синдрома
25. Респираторная нестабильность
26. **Что означает принцип ступенчатой терапии пневмонии?**
27. 2хэтапное применение антибиотиков: переход с парентерального введения на пероральный прием после улучшения состояния пациента
28. 2хэтапное применение антибиотиков: переход с перорального приема на парентеральное введение
29. переход с антибиотиков широкого спектра к резервным антибиотикам
30. добавление второго антибиотика при отсутствии эффекта от первоначальной АБТ
31. **Какова наиболее оптимальная длительность антибиотикотерапии при пневмонии, вызванной типичным возбудителем:**
32. 7-10 дней
33. 3-5 дней
34. 10-14 дней
35. 3 недели
36. **Какие АБП применяются для лечения пневмонии хламидийной этиологии?**
37. Макролиды
38. Аминогликозиды
39. Аминопенициллины
40. Фторхинолоны
41. **Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими пневмонию тяжелой степени тяжести, осуществляется в течение**
42. 12 месяцев
43. 4 месяцев
44. 5 месяцев
45. 6 месяцев
46. **Какую функцию выполняет клавулановая кислота в комбинации с В-лактамными антибиотиками в ингибитор защищённых аминопенициллинах?**
47. Ингибитор В-лактамаз
48. Ингибитор протеаз
49. Ингибитор нейраминидазы
50. Лизис клеточной стенки бактерий
51. **Что из перечисленного является показанием для госпитализации ребенка с пневмонией?**
52. Возраст до 6 мес.
53. Возраст до 3х лет
54. Наличие в анамнезе аллергической реакции на АБП
55. Пневмония средней степени тяжести
56. **Какие жаропонижающие средства противопоказаны у детей?**
57. Аспирин
58. Парацетамол
59. Ибупрофен
60. Ибуклин
61. **Назовите стандартную дозу амоксициллина для лечения внебольничной пневмонии**
62. 45-50 мг/кг
63. 30-35 мг/кг
64. 55-65 мг/кг
65. 75-100 мг/кг.
66. **Какой препарат относится к группе макролидов?**
67. Джозамицин
68. Тетрациклин
69. Левофлоксацин
70. Цефазолин
71. **Для пневмонии какой этиологии показано назначение ко-тримоксазола?**
72. Пневмоцистная
73. Пневмококковая
74. Вирусная
75. Паразитарная
76. **Что из перечисленного является показанием для госпитализации ребенка с пневмонией?**
77. Наличие тяжелых фоновых заболеваний.
78. Возраст до 3х лет
79. Наличие в анамнезе аллергической реакции на АБП
80. Пневмония средней степени тяжести
81. **Назовите препарат, относящийся к группе муколитиков?**
82. Лазолван
83. Геделикс
84. Проспан
85. Пертуссин
86. **Назовите наиболее оптимальную кратность приема амоксициллина для лечения внебольничной пневмонии**
87. Каждые 8 часов
88. Каждые 6 часов
89. Каждые 12 часов
90. Каждые 24 часа
91. **Какой препарат относится к группе ИЗАП?**
92. Амоксиклав
93. Гентамицин
94. Джозамицин
95. Цефуроксим
96. **Назовите показания для замены антибиотиков?**
97. Развитие тяжелых нежелательных реакции
98. Регресс клинических симптомов
99. Сохранение отдельных лабораторных изменений
100. Сохранение отдельных рентгенологических изменений

**«КОРЬ, СКАРЛАТИНА»**

1. **Какие симптомы не характерны для скарлатины?**

1. Локализованные хрипы в легких.

2. Яркая гиперемия зева.

3."Малиновый язык".

4. Мелкоточечная сыпь.

5. Фебрильная температура.

1. **Для ранних проявлений кори характерно:**

1. Пятна Бельского–Филатова - Коплика на слизистой полости рта.

2. Диспептические явления.

3. Положительный симптом Пастернацкого.

4. Менингеальный симптомокомплекс.

5.Фолликулярная ангина.

1. **Как следует поступить с детьми, не привитыми против кори, в очаге инфекции?**
2. Вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным.
3. Назначить антибиотики.
4. Назначить интерферон.
5. Ввести противокоревый иммуноглобулин на 14-й день после контакта.
6. 3 раза в день измерять температуру тела.
7. **Раннее осложнение скарлатины:**

1. Гнойный лимфаденит.

2. Полиартрит.

3. Менингит.

4. Конъюнктивит.

5. Аппендицит.

1. **Продолжительность инкубационного периода при кори:**
2. 9-17 дней
3. 2-5 дней
4. 2 недели
5. 15-21 день
6. **Поздние осложнения скарлатины следует ожидать:**

1. Через 6 недель.

2. Через 1 год.

3.Через 5 месяцев.

4.Через 2 недели.

5.Через 3 года.

1. **Выберите этиологически обоснованный антибиотик для лечения скарлатины у детей.**

1. Пенициллин.

2. Полимиксин.

3. Амфотерицин В.

4. Ципробай.

5. Лангоцеф.

1. **В период высыпания при кори:**
2. Постепенно, со 2 дня высыпания, уменьшаются симптомы интоксикации и

катаральные явления

1. Выражены менингеальные симптомы
2. усиление симптомов интоксикации к 3 дню высыпаний
3. Нарастает интоксикация и уменьшаются катаральные симптомы
4. Появляется уртикарная сыпь
5. **Какие осложнения не характерны для кори?**

1. Полиартриты.

2. Пневмонии.

3. Стоматиты.

4. Энцефалиты.

5. Ларингиты.

1. **С каким заболеванием следует дифференцировать корь?**

1. С краснухой.

2. С полиомиелитом.

3. С сальмонеллезом.

4. С дифтерией.

1. **Сходство скарлатины и лекарственной сыпи:**

1. Наличие уртикарных элементов

2. Наличие ангины

3. Сосочковый язык

4. Мелкоточечная сыпь

5. Гиперемированный фон кожи

1. **При скарлатине в отличие от краснухи отмечается:**

1. Лейкоцитоз

2. Полиадения

3. Мелкопятнистая сыпь

4. Сыпь на гиперемированном фоне

5. Мелкоточечная сыпь

1. **Диагноз кори не ставят на основании:**

1. Контакта с больным животным

2. Этапности высыпания с последующей пигментацией

3. Эпиданамнез

4. Сведений о прививках

5. Энантемы на слизистых щек и симптома Филатова -Коплика

1. **Для токсической формы скарлатины характерны все перечисленные симптомы, кроме:**
2. Аденофлегмона регионарных лимфатических узлов
3. Гипертермия
4. Многократная рвота
5. Менингеальные симптомы
6. Нарушение сознания, судороги
7. **Больной корью заразен в следующие сроки:**

1. В течении всего катарального периода.

2. В первые 5 дней инкубационного периода.

3. До конца клинических проявлений заболевания.

4.Только при наличии сыпи.

5.Только при появлении осложнений

**«МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. ДИФТЕРИЯ»**

1. **Что не является признаком дифтерии ротоглотки, токсической формы:**

1. Резкая болезненность в горле (тризм).

2. Распространение налетов за пределы миндалин.

3. Отек в зеве.

4.Отек подкожной клетчатки шеи (бычья шея).

1. **К** п**атогенезу менингококковой инфекции не относится:**

1.Входные ворота - ЖКТ

2.Входные ворота - носоглотка

3.Менингококковый эндотоксин - сильный сосудистый яд

4.Возникают кровоизлияния в кожу и внутренние органы

1. **Какие осложнения наиболее характерны для дифтерии ротоглотки?**

1.Миокардит

2.Пневмония

3.Нефроз

4.Тонзиллит

1. **Какие осложнения не типичны для токсической дифтерии?**

1. Геморрагический синдром.

2. Миокардит.

3. Полирадикулоневрит.

4. Инфекционно-токсический шок

1. **К симптомам менингококкового менингита не относится:**

1. Боли в суставах

2.Положительные менингеальные знаки

3.Повышение температуры

4.Головная боль

1. **Отличия дифтерии ротоглотки, токсической формы от флегмонозной ангины и паратонзиллярного абсцесса:**

1. Отек подкожной клетчатки шеи (бычья шея).

2. Резко выраженная боль в горле, тризм.

3.Боль в горле отсутствует.

4. Налеты не выходят за пределы миндалин

1. **Что является вероятным признаком дифтерии гортани?**

1. Ларингит с афонией.

2. Субфебрильная температура

3.Ларингит с высокой температурой и интоксикацией.

4.Ларингит с внезапно развившимся стенозом в первые часы болезни и с выраженными катаральными явлениями.

1. **Признаки дифтерии гортани:**

1. Постепенное прогрессирование дисфонии, развитие на 2-3 день болезни полной афонии голоса и кашля и появление стенотического дыхания.

2. Резкая потливость, повышение ЧСС

3.Острое начало с высокой температурой и катаральными явлениями.

4.Быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля.

1. **К генерализованной форме менингококковой инфекции относится:**

1.Менингококкцемия.

2.Менингит.

3.Пневмония.

4.Эндокардит.

1. **Редкие проявления менингококковой инфекции:**

1. Иридоциклит.

2. Нефрит.

3. Артрит

4.Пневмония.

1. **Какую дозу противодифтерийной сыворотки следует ввести при токсической дифтерии 1-й степени одномоментно?**

1. 70 тыс. ЕД

2.40 тыс. ЕД

3.30 тыс. ЕД

4. 10-15 тыс. ЕД

1. **Какой синдром имеет наибольшее значение для диагностики дифтерии гортани:**

1.Дисфония с развитием полной афонии голоса и кашля.

2.Катаральный синдром.

3.Выраженная интоксикация.

4.Менингеальный синдром.

1. **Особенности менингококкцемии:**

1. Сыпь геморрагическая.

2. Сыпь мелкоточечная

3.Сыпь вначале появляется на нижних конечностях.

4.Пятнисто-везикулезная.

1. **Что не является вероятным признаком дифтерии в поздние сроки болезни?**

1. Пневмония

2.Нефроз

3.Паралич или парез черепно-мозговых нервов

4. Миокардит

1. **Для локализованной формы дифтерии характерны:**

1. Застойная гиперемия зева.

2.Тризм жевательной мускулатуры.

3.Температура тела 38 ºС.

4. Сонливость.

**«КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.**

**ЭКСИКОЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ»**

1. **Выберите правильный ответ основным механизмом инфицирования при кишечных инфекциях у детей является:**

1. фекально-оральный

2. воздушно-капельный

3. парентеральный

1. **Характер стула при шигеллезе:**

1. скудный, с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови

2. жидкий, обильный, водянистый

3. жидкий, непереваренный, зловонный, со слизью и кровью

1. **Для синдрома нейротоксикоза при кишечных инфекциях у детей характерно:**

1. все верно

2. головная боль

3. наличие гипертермии

4. повторная рвота

5. судорожный синдром

1. **Токсикоз с эксикозом реже всего наблюдается при:**

1. шигеллезе Флекснера

2. холере

3. ротавирусной инфекции

4. энтеротоксигенном эшерихиозе

5. желудочно-кишечной форме сальмонеллеза

1. **В остром периоде кишечных инфекций из питания детей необходимо исключить:**

1. цельное молоко

2. молочнокислые продукты (кефир и др.)

3. сухари из белого хлеба

4. каши

5. все верно

1. **Ведущий путь инфицирования детей грудного возраста, больных сальмонеллезом:**

1. контактно-бытовой

2. водный

3. воздушно-капельный

1. **Дети грудного возраста реже всего болеют:**

1. шигеллезом Флекснера

2. энтеропатогенным эшерихиозом

3. кишечной инфекцией стафилококковой этиологии

4. кишечной инфекцией клебсиеллезной этиологии

5. все верно

1. **Для токсикоза с эксикозом II –III степени характерны:**

1 олиго- или анурия

2.высокая лихорадка

3. полиурия

4. головная боль

1. **При лечении кишечных инфекций необходимо назначать:**

1. оральную регидратацию

2. водно-чайную "паузу" на 8-12 ч

3. антибактериальную терапию независимо от тяжести заболевания

4. гормональные препараты

5. антибактериальную терапию

1. **В остром периоде кишечных инфекций детям старшего возраста в рацион питания можно включать:**

1. нежирные сорта мяса, рыбы и птицы

2. мясные и рыбные бульоны

3. овсяную кашу на молоке

4. сухари из черного хлеба

5. фрукты

1. **Источником инфекции при шигеллезах является:**

1. только человек (больной или бактериовыделитель)

2. только домашние животные

3. человек и домашние животные

1. **Водный путь инфицирования является ведущим при:**

1. лептоспирозе

2. ротавирусной инфекции

3. сальмонеллезе

4. кампилобактериозе

5. ботулизме

1. **Синдром нейротоксикоза чаще всего развивается при:**

1. сальмонеллезе

2. ботулизме

3. холере

4. ротавирусной инфекции

5. брюшном тифе

1. **В качестве средств этиотропной терапии кишечных инфекций не могут быть использованы:**

1. смекта (или полифепан)

2. бактериофаги

3. антибиотики широкого спектра действия

4. иммуноглобулиновые препараты (комплексный иммуноглобулиновый препарат)

1. **С целью энтеральной детоксикации при кишечных инфекциях у детей используются:**

1. энтеродез

2. растворы аминокислот (альвезин, полиамин и др.)

3. энтеросорбенты (смекта, полифепан)

4. неогемодез

5. реополиглюкин

6. белковые гидролизаты (аминин, гидролизин и др.)

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине «Педиатрии» для 6 курса**

1. Бронхообструктивный синдром
2. Синдром дыхательной недостаточности
3. Синдром стенозирующего ларингита (крупа)
4. Анемический синдром
5. Геморрагический синдром
6. Сердечная недостаточность
7. Суставной синдром
8. Нефротический синдром
9. Синдром желтухи.
10. Синдром кетоацидоза
11. Абдоминальный синдром
12. Синдром эксикоза
13. Синдром сердечно-сосудистой недостаточности

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков для студентов 6 курса**

**Практическое задание №1**

Девочка, 8 лет с жалобами на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни**: девочка от третьей нормально протекающей беременности, первых срочных родов, масса тела при рождении 3400 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее на искусственное. При введении прикорма в 4-х месячном возрасте появились высыпания, которые рецидивировали до 2-х лет. С двух лет стала часто болеть ОРВИ. Наследственность отягощена по линии матери (хроническая крапивница). В доме кошка.

**Анамнез заболевания**: Больна с 4-х летнего возраста, когда впервые появилась экспираторная одышка и приступообразный кашель. Приступы одышки 1-2 раза в месяц на фоне нормальной температуры, чаще ночью, купируются ингаляциями беродуала через небулайзер дома либо в стационаре в связи с отсутствием эффекта от применения ингаляций. Базисная терапия не проводилась. В последний месяц приступы одышки стали чаще до 2 раз в неделю. Последний приступ возник более часа назад, не купировался 3 ингаляциями беродуала.

**Объективно**: состояние тяжелое, ребенок в вынужденном положение, речь затруднена, отмечается одышка экспираторного характера с ЧД - 50 в минуту, непродуктивный приступообразный кашель. Грудная клетка вздута, отмечается горизонтальное положение ребер. Над легкими перкуторно коробочный оттенок легочного звука. Аускультативно дыхание резко ослаблено, местами не прослушивается. ЧСС – 100 в минуту. Тоны сердца громкие ритмичные.

**Вопросы**:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на одышку, кашель, затрудненное дыхание; анамнеза - аллергоанамнез отягощен у мамы хроническая крапивница, у ребенка высыпания аллергического характера с 2 месяцев; одышка с 4 летнего возраста, приступы 1-2 раза в месяц, в последний месяц до 2 раз в неделю, купируются приступы беродуалом; базисную терапию не получает состояние при поступление тяжелое,, ребенок в вынужденном положении, экспираторной одышкой, ЧД 50, грудная клетка вздута, регидна, в легких дыхание ослабленное – можно выставить диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ тяжелой степени. ДН - 1-2.

2. Инородное тело ВДП, ларинготрахеит, дифтерийный круп, сердечная недостаточность, ДН на фоне пневмонии.

3. Сатурация кислорода; рентгенография грудной клетки, ОАК, ЭКГ, парциальное давление газов крови, пробное противоастматическое лечение; при улучшении состояния - ФВД.

4. Преднизолон 1 мг на кг, в/м, кислородотерапия, титрование преднизолона и короткодействующие теофиллины 0,6-1 мг/кг/ч; с последующим переходом на ингаляционные ГКС и ипратропия бромид+ фенотерол через небулайзер.

5. Наблюдение аллерголога или пульмонолога, ежеквартально с контролем применения препаратов базисной терапии, ФВД, АСТ теста.

**Практическое задание №2**

Мальчик, 8 лет с жалобами на затрудненное дыхание

**Анамнез жизни:** мальчик от 2 беременности, первых срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, оценка по школе Апгар 8/9 баллов. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев. С 3 лет стала часто болеть ОРВИ. У мамы бронхиальная астма. В доме аквариум, кошка.

**Анамнез заболевания:** болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Неоднократно госпитализировался по экстренным показаниям. В последний месяц приступы удушья участились (ежедневно получает короткодействующие β2-агонисты, ночные приступы по несколько раз в неделю). Ребенок обучается на дому. Последний приступ – утром. Базисная терапия: беклазон, беродуал по требованию. Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

**Объективно:** состояние ребенка тяжелое, ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. Масса 23 кг, длина 134 см. Кожные покров чистый, бледный, периорбитальный цианоз. Грудная клетка вздута. Дыхание умеренно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы на выдохе. Частота дыхания 44 в минуту. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. Пульс 90 уд/мин. АД – 110/30 мм.рт.ст Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

**Данные лабораторных исследований**

ОАК**:** HGB – 130 г/л, RBC – 5,0х1012/л, WBC – 9,0х109/л, PLT – 250х109/л, LYMPH –44%, NEUT – 48%, EO% – 1%, MON% – 7%, СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ**:** количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

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

Исследования функции внешнего дыхания: нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом положителен.

Аллергодиагностика: выявлена сенсибилизация к домашней пыли +++, у шерсти кошки +++, к березе ++, тимофеевке ++, амброзии ++ (форма 112).

Тест по контролю астмы – 14 баллов

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на затрудненное дыхание; анамнеза - аллергоанамнез отягощен у дедушки астма, у ребенка одышка с 2 летнего возраста, приступы ежедневные, ночные несколько раз в неделю, купируются приступы беродуалом; базисная терапия беклазон, состояние при поступление тяжелое, периоральный цианоз, экспираторной одышкой, ЧД 44, грудная клетка вздута, регидна, в легких сухие свистящие хрипы – можно выставить диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение. Приступ средней степени тяжести. ДН - 1-2. Поливалентная сенсибилизация.
2. Инородное тело ВДП, ларинготрахеит, дифтерийный круп, сердечная недостаточность, ДН на фоне пневмонии.
3. Сатурация кислорода; рентгенография грудной клетки, ОАК, ЭКГ, парциальное давление газов крови, пробное противоастматическое лечение; при улучшении состояния - ФВД.
4. Преднизолон 1 мг на кг, в/м, кислородотерапия, титрование преднизолона и короткодействующие теофиллины 0,6-1 мг/кг/ч; с последующим переходом на ингаляционные ГКС и ипратропия бромид+ фенотерол через небулайзер.
5. Наблюдение аллерголога или пульмонолога, ежеквартально с контролем применения препаратов базисной терапии, ФВД, АСТ теста.

**Практическое задание №3**

Девочка 8 месяцев, с жалобами на бледность ребенка, вялость, снижение аппетита.

**Анамнез жизни и заболевания**: девочка родилась от пятой беременности, вторых срочных родов, массой 3500 г, длиной тела 55 см. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II триместра. Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвертая – срочными родами. Во время беременности данным ребенком мать перенесла пневмонию, страдала анемией. Период новорожденности протекал без особенностей. Находится на грудном вскармливании. Мать воспитывает детей одна. Семья живет в комнате общежития. Каша и сок введены в 6 месяца, давались эпизодически, мясо не вводилось. Прогулки на свежем воздухе не регулярно и не более 1 часа в день. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию, кишечную инфекцию, лечение получала в стационаре. В 4 месяца перенесла ОРВИ.

**Объективно:** при осмотре состояние средней степени тяжести, отмечается вялость, адинамия, плаксивость. Масса тела – 7300 г, длина 62 см. Аппетит резко снижен. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Отмечаются участки гиперпигментации кожи в области шеи. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Слизистые бледные, сухие. Язык влажный, обложен белым налетом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 150 ударов в 1 минуту. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, обычного цвета, без патологических примесей.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 69 г/л, RBC – 2,89х1012 /л, MCV – 70FL, MCH – 25pg., MCHC – 29% (анизоцитоз, гипохромия эритроцитов), ретикулоциты – 10 %о.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на бледность ребенка, вялость, снижение аппетита; анамнеза - у мамы анемия во время беременности, у ребенка на грудном вскармливании, прикормы неадекватно введены, мясо не получает; на осмотре: состояние тяжелое за счет , отмечается бледность кожи, с "мраморным" рисунком со снижением эластичности, ушные раковины с восковидным оттенком, отмечаются участки гиперпигментации кожи в области шеи, снижение тургора тканей и тонуса мышц, слизистые бледные, сухие, язык обложен белым налетом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков, отмечается тахикардия и тахипноэ; в ОАК анемия средней степени тяжести, анизоцитоз, гиперхромия эритроцитов – можно выставить диагноз: Анемия железодефицитная, тяжелой степени, гипохромная, норморегенераторная, смешанной этиологии.
2. Анемия хронических заболеваний, лейкоз, другие виды дефицитных анемий.
3. БА: сывороточное железо, ОЖСК, ферритин, витамин В12, фолиевая кислота, общий белок, сахар крови, билирубин; ОАМ, копрограмма.
4. Диетотерапия. Препараты 2 валентно железа в дозе 3 мг/кг/сутки, после нормализации Нb до 110 еще 2 месяца в профилактической дозе 1-2 мг/кг/сутки, поливитамины (С, группы В) 6 недель.
5. Наблюдение педиатра, контроль ОАК через месяц.

**Практическое задание №4**

Мальчик, 1 года, с жалобами со слов ма­тери на повышение температуры тела до 38,8°С, влажный кашель, вялость, отказ от еды.

**Анамнез заболевания:** заболел 5 дней назад, появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель, вялость, снижение аппетита. Участковый педиатр диагностировал у ребенка ОРИ. Было назначено симптоматическое лечение, противовирусная терапия. Однако на 6-й день от начала забо­левания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°С, усилился кашель, вновь стал вялым, отказывался от еды, не играл с игрушками, спал беспокойно. Мать повторно вызвала участкового врача, ребенок госпитализирован.

**Анамнез жизни:** мальчик от I срочных родов, родился с массой 3300 г, длиной 51 см. Период новорожденности протекал без особенностей.

**Объективно**: состояние ребенка средней тяжести. Масса 10500 г, длина 74 см. Кожный покров бледный, при плаче периортальный цианоз. При кормлении отмечается раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки. ЧД 62 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с ко­робочным оттенком, в межлопаточной области слева - участок притупления. При аускультации дыхание жесткое, слева книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочится свободно. Стул оформлен.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB **-** 112 г/л, RBC – 3,8х1012/л, WBC – 12,8х109/л, PLT – 275х109/л, NEUT – 53%, LYMPH – 32%, EO – 5%, MON – 10%, СОЭ – 22 мм/час,

БАК: PRO – 69 г/л, UREA – 5,1 ммоль/л, CHOL – 3,3 ммоль/л, К – 4,8 ммоль/л, Na – 135 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л (норма – до 40), ACT – 19ЕД/л (норма – до 40).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговая инфильтрация в нижней доле левого легкого. Усиление сосудистого рисунка легких в прикорневых зонах.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на температуры тела до 38,8°С, влажный кашель, вялость, отказ от еды; анамнеза заболевания – заболел остро с катаральных явлений, на 6-й день состояние ухудшилось появились сильный кашель, на фоне повышения температуры, признаки интоксикации; на осмотре: состояние средней степени тяжести, отмечается раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки, тахипное до 62 в минуту, перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком, в межлопаточной области слева - участок притупления, при аускультации дыхание жесткое, слева книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы; при обследовании умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, на рентгенограмме очаговая инфильтрация в нижней доле левого легкого и усиление легочного рисунка в прикорневой зоне – можно выставить диагноз: Очаговая левосторонняя нижнедолевая бронхопневмония, внебольничная, неосложненная, ДН I степени.
2. Туберкулез, инородное тело
3. СРБ, прокальциотонин, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, экспресс36+-метод определения АГ в крови, мокроте, мазке со слизистых оболочек методом ИФА, ОАМ.
4. Режим постельный на период лихорадки, Стол 15 щадящий, медикаметозная терапия: антибиотик широкого спектра действия: цефтриаксон 50-100 мг/кг/сутки.
5. Наблюдение педиатром в течение года.

**Практическое задание №5**

Мальчик 4 лет, с жалобами на длитель­ный кашель после перенесенной ОРВИ.

**Анамнез заболевания**: ребенок болен в течение недели, заболел остро с повышения температуры до 37,8оС, слизистого от­деляемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влаж­ным. Кашель усиливался утром, затем и в ночное время. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Появились дистанционные свистящие хрипы. Ребенок госпитализирован.

**Анамнез жизни**: мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов, масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см, период новорожденности протекал без особенностей, с 3,5 месяцев переведен на искусственное вскармливание, с 4-х месяцев появились распространенные высыпания, получал лечение по поводу атопического дерматита. Профилактические прививки проводились по ин­дивидуальному календарю. С 3 лет посещает детский сад, с этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 не­дель, ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Аллергологический анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит.

**Объективно**: при осмотре состояние ребенка средней тяжести. Масса – 20 кг, длина 110 см. Температура тела 37,2°С. Кожный покров бледный, периферические л/узлы доступные пальпации не увеличены. Дыхание через нос затрудненно, ринорея. Кашель влажный, непродуктивный. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: рас­сеянные сухие хрипы на фоне удлиненного выдоха, средне пузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 48 в 1 минуту. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул оформлен.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB **–** 120 г/л, RBC – 5,1х1012/л, WBC – 4,9х109/л, NEUT – 50%, PLT – 305х109/л, NEUT – 50%, LYM – 38%, EO – 7%, MON – 9%, СОЭ – 60 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, осо­бенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений. Низкое стояние купола диафрагмы. Повышение прозрачности лёгочных полей. Горизонтальное расположение рёбер.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения задачи**

1. На основание жалоб на длительный кашель после перенесенной ОРИ; анамнеза жизни – ОРИ у ребенка сопровождаются затяжным кашлем до 3 недель, наблюдается ЛОР-врачом с аденоидами II степени; аллергологического анамнеза - у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит; на осмотре - состояние средней степени тяжести, дыхание через нос затрудненно, ринорея, кашель влажный, непродуктивный, над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком, аускультативно: рассеянные сухие хрипы на фоне удлиненного выдоха, средне пузырчатые влажные на вдохе, ЧД - 48 в 1 минуту; при обследовании в ОАК отсутствуют воспалительные признаки на рентгенограмме усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений, низкое стояние купола диафрагмы, повышение прозрачности лёгочных полей – можно выставить диагноз: Острый обструктивный бронхит, ДН I степени. Острый ринофарингит.
2. Пневмония, инородное тело, туберкулез, бронхиальная астма.
3. СРБ, прокальциотонин, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, экспресс-метод определения АГ в крови, мокроте, мазке со слизистых оболочек методом ИФА, ОАМ.
4. Режим полупостельный, стол 15 щадящий, медикаментозная терапия: противовирусный препарат, пульмикорт 0,5мг х 2 раза в день 3-5 дней.
5. Наблюдение педиатром в группе риска по бронхиальной астме в течение года.

**Практическое задание №6**

Ребенок 1 год поступил с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры.

**Анамнез заболевания**: заболел остро, повысилась температура тела до 37,6оС, появился сухой кашель, насморк. К вечеру появилась осиплость голоса, кашель приобрел лающий характер. К вечеру у ребенка появилась одышка, стал резко беспокойный, мечется, хватает воздух ртом, кашель лающий и частый. Вызвали машину скорой помощи, доставлен стационар.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 срочных родов, родился доношенным. Масса тела при рождении 3800 г, длина 54 см. На грудном вскармливании находился до 3-х месяцев. До 1 года перенес анемию, ОРВИ 2-х кратно после года.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, беспокойный. Температура тела 37,8оС. Кожный покров бледный с «мраморным оттенком», покрыт холодным потом. В зеве разлитая гиперемия. Цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев. Дыхание шумное, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, вдох затруднён. ЧД - 60 в минуту. SaO2- 87%. Над легкими перкуторно легочный звук, выслушивается жесткое дыхание. Область сердца не изменена. Границы относительно сердечной тупости в переделах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 150 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул нормальный.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB **–** 122 г/л, RBC – 3,6 х1012/л, WBC – 5,8 х109/л, NEUT – 40%, LYM – 57%, MON – 3%, СОЭ – 12 мм/час.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на кашель, одышку, повышение температуры; данных анамнеза заболевание: заболел остро, повысилась температура тела до 37,6°С, появился сухой кашель, насморк, позже появилась осиплость голоса, кашель приобрел лающий характер; на осмотре - состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, кожа бледня с «мраморным оттенком», покрыта холодным потом, отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев; в зеве разлитая гиперемия; дыхание шумное с ЧД - 60 в минуту, SaO2- 87%, заметно втяжение уступчивых мест грудной клетки, вдох затруднён, над легкими перкуторно легочный звук, выслушивается жесткое дыхание – можно выставить диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция, ложный круп, стеноз гортани III степени.
2. Дифтерия гортани, астма, пневмония.
3. ПЦР на вирус парогриппа, посев из зева на палочку Лефлера, ОАК, ОАМ, копрограмма, сахар крови, общий билирубин, общий белок.
4. Ингаляции пульмикорта, преднизолон 1-52 мг/кг в/м однократно, антибиотик, противовирусное средство, антигистаминный препарат.
5. Диспансеризация не проводится (острое состояние).

**Практическое задание №7**

Мальчик, 6 месяцев с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры.

**Анамнез заболевания**: заболел остро, повысилась температура тела до 38,5оС, появились вялость, кашель, ринорея, ребенок отказывался от еды. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ, назначено лечение (капли в нос, отхаркивающая микстура, свечи виферон, обработка зева раствором мирамистина) состояние несколько улучшилось. С 6-го дня болезни вновь повысилась температура тела до 38,0оС, усилился кашель, появилась одышка. Ребенок госпитализирован.

**Анамнез жизни**: мальчик от 1 беременности, роды срочные. Родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. Привит по возрасту согласно календарному плану.

**Объективно**: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 8000 г, длина 66 см. Температура тела 38,2оС. Отмечается снижение подкожно-жировой клетчатки на конечностях, животе. Толщин подкожно-жировой складки на уровне пупка 1,0 см, тургор тканей снижен. Кожный покров бледный с «мраморным» рисунком, суховат, цианоз носогубного треугольника. Головка с выраженными теменными буграми, большой родничок 1,5х1,5 см, края плотные. Частота дыхания 52 в минуту. Отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. На ребрах пальпируются четки. Перкуторно: притупление легочного звука слева у угла лопатки. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе слева выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 120 ударов в минуту. Живо мягкий, распластан, выражена «Гаррисонова» борозда. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB **-** 100 г/л, RBC – 3,5 х1012/л, MCH – 24pg., MCHC – 30g/dl, WBC – 13,6 х109/л, PLT – 240 х109/л, NEUT – 68%, LYM – 22%, MON – 10%, СОЭ – 18 мм/час.

БАК**:** PRO – 60 г/л, альбумины – 50%, сывороточное Fe – 10,0 моль/л, тимоловая проба – 4,0, СРБ – 15мг/л, Ca – 2,0 ммоль/л, Р – 1,0 ммоль/л.

ОАМ**:** количество **–** 50,0 мл, относительная плотность – 1010, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 2-3 в п/з.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений. Низкое состояние купола диафрагмы. Выявляются очаговые инфильтративные тени с не четкими контурами в проекции левого легкого.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на температуры тела, кашель, вялость, одышку; анамнез заболевания – заболел остро, повысилась температура тела до 38,5°С, появились вялость, кашель, ринорея, ребенок отказывался от еды, назначено симптоматическое лечение, состояние несколько улучшилось, но с 6-го дня болезни вновь повысилась температура тела до 38,0оС, усилился кашель, появилась одышка; на осмотре: состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, отмечаются признаки гиповитаминоза Д и недостатка питания в виде снижение подкожно-жировой клетчатки на конечностях, животе, толщин подкожно-жировой складки на уровне пупка 1,0 см, тургор тканей снижен, кожный покров бледный с «мраморным» рисунком, суховат, цианоз носогубного треугольника, голова с выраженными теменными буграми, большой родничок 1,5х1,5 см, края плотные, ЧД - 52 в минуту, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе, на ребрах пальпируются четки, перкуторно: притупление легочного звука слева у угла лопатки, аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе слева выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧСС – 120 ударов в минуту, выражена «Гаррисонова» борозда – можно выставить диагноз: Острая левосторонняя очаговая внебольничная пневмония, средней степени тяжести. Гипотрофия I степени; анемия легкой степени. Рахит 2, стадия разгара, подострое течение. Анемия железодефицитная легкой степени.
2. Туберкулез, инородное тело
3. СРБ, прокальциотонин, посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, экспресс-метод определения АГ в крови, мокроте, мазке со слизистых оболочек методом ИФА, ОАМ.
4. Режим постельный на период лихорадки, Стол 15 щадящий, медикаментозная терапия: антибиотик широкого спектра действия: цефтриаксон 50-100 мг/кг/сутки.
5. Наблюдение педиатром в течение года.

**Практическое задание №8**

Девочка 6 лет, поступила в детское отделение с жалобами со слов матери на кашель, слабость, одышку.

**Анамнез заболевания**: больна 3 недели. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,6оС, катарального синдрома, насморка, кашля, субфебрильной температуры. Лечилась самостоятельно: принимала сумамед, микстуру от кашля, анаферон. Состояние несколько улучшилось, но через неделю вновь отмечался подъем температуры тела до 38,6оС, усилился кашель, появилась одышка и слабость. Участковым врачом направлена на стационарное лечение.

**Анамнез жизни**: девочка от III беременности, 3 срочных родов. Беременность протекала с угрозой прерывания. Масса тела при рождении 3400 г, длина 50 см. Вскармливалась грудью до 3-х месяцев, затем переведена на искусственное вскармливание. С 1 года часто болеет простудными заболеваниями. Наследственность не отягощена.

**Объективно**: настоящее состояние тяжелое. Масса тела 20 кг, длина 114 см. Кожный покров чистый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Зев спокоен. Костно-суставных и мышечных изменений не выявлено. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание жесткое. С обеих сторон вслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Область сердца не изменена, визуализируется разлитой сердечной толчок, эпигастральная пульсация, пульсация шейных вен. Граница относительно сердечной тупости: правая по правой парастеральной линии; верхняя – II ребро; левая – по левой переднее-подмышечной линии. Тоны сердца глухие, выслушивается не грубый систолический шум на верхушке. ЧСС 120 в минуту. АД 70/40 мм. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, селезенка на 1 см. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB **-** 124 г/л, RBC – 4,1 х1012/л, WBC – 10,8 х109/л, PLT – 278 х109/л, NEUT – 38%, LYM – 48%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 16 мм/час.

БАК: PRO – 70г/л, BIL – 16,4 мкмоль/л, CHOL – 3,6 ммоль/л, СРБ – 50мг/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: сердце расширено в поперечнике, больше за счет левого желудочка, шаровидная форма сердца. КТИ= 0,58. Легочный рисунок усилен в медиальных зонах.

ЭХО-КС: правый желудочек – 20 мм, правое предсердие – 24 мм, межжелудочковая перегородка – 4 мм. ФВ 36% (снижена). Митральный клапан, трикуспидальный клапан – структура створок обычная. Допплерография – без патологии.

ЭКГ**:** ритм синусовый, снижен вольтаж QRS, уширение комплекса QRS до 0,9 с. Сегмент STI, II, V5-6, ниже изолинии на 1-3 мм. Частые суправентрикулярные экстрасистолы, перегрузка обоих желудочков и предсердий, метаболические изменения в миокарде.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на кашель, слабость, одышку; анамнез заболевания – заболел остро с повышения температуры тела до 37,6°С, катарального синдрома, лечилась самостоятельно симптоматически, состояние несколько улучшилось, но через неделю вновь отмечался подъем температуры тела до 38,6°С, усилился кашель, появилась одышка и слабость; на осмотре: состояние тяжелое за счет настоящее состояние тяжелое за счет признаков сердечной недостаточности в виде цианоза носогубного треугольника, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве, визуализируется разлитой сердечной толчок, эпигастральная пульсация, пульсация шейных вен, граница сердца расширена, тоны сердца глухие, выслушивается не грубый систолический шум на верхушке с ЧСС 120 в минуту, снижение артериального давления до АД 70/40 мм, гепатоспленомегалия; данных объективного обследования: выявлено воспаление в ОАК: лейкоцитоз WBC – 10,8 х109/л, ускорение СОЭ - 16 мм/час, С-реактивный белок – 50мг/л; на рентгенограмме кардиомегалия КТИ= 0,58, сердце шаровидной формы, легочный рисунок усилен в медиальных зонах, на ЭХО-КС: расширение полостей сердца и снижение функции миокарда, ФВ 36%; на ЭКГ регистрируется нарушение ритма в виде частых суправентрикулярных экстрасистол, метаболические изменения в мио-карде – можно выставить диагноз: миокардит с поражением проводящей системы сердца, подострое течение, тяжелый.
2. Патология легких пневмония, эндокардит, перикардит.
3. Миоглобин, сатурация, антитела к эндомизию, посев крови на флору и чувствительность к антибиотикам, Холторевское мониторирвание ЭКГ.
4. Режим постельный на период лихорадки, Стол 15 гипоаллергенный, медикаментозная терапия: антибиотик широкого спектра действия: преднизолон. антибиотик, иммуноглобулин.
5. Наблюдение педиатром в течение года, ЭКГ через месяц.

**Практическое задание №9**

Мальчик 11 лет, потупил с жалобами на приступообразные боли в эпигастральной области натощак, изжогу, отрыжку кислым, запоры.

**Анамнез заболевания**: боли в животе в течение года. Режим дня не соблюдается, сухоядение, длительные перерывы в приеме пищи, много времени проводит за компьютерными играми. У дедушки по линии отца – хронический гастродуоденит, у отца – язвенная болезнь желудка.

**Анамнез жизни**: ребенок от II беременности, 2 срочных родов. Беременность протекала без патологии. Масса тела при рождении 3400 г, длина – 50 см. вскармливался грудью 1 месяц, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией. В анамнезе лямблиоз. С 1 года часто болел простудными заболеваниями, получал антибиотики.

**Объективно**: состояние средней тяжести. Аппетит сохранен. Больной раздражителен, эмоционально неустойчив. Кожный покров бледный. Темные круги под глазами. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в минуту. АД 100/50 мм. Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, болезненность при пальпации в эпигастральной области, справа от пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в день или через день типа «овечьего»

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB -125 г/л, RBC – 4,0 х1012/л, WBC – 6,0 х109/л, LYM- 20%, MON-10%, NEUT- 68%, EO- 2%, СОЭ - 10 мм/час.

БАК: PRO – 66г/л, BIL – 15,5 мкмоль/л, CHOL – 4,0 ммоль/л, βLP – 50 ед.

Копрограмма – цвет светло-коричневый, реакция щелочная, мышечные волокна – 8-10 в п/з, непереваренная клетчатка – 4-5 в п/з, детрит ++.

ФГДС: гипертрофический гастродуоденит, эрозивный бульбит, обострение рН-метрия – значительное повышение кислотообразующей функции желудка с субкомпенсированным ощелачиванием в антральном отделе.

Биопсия – смешанная инфильтрация с наличием полиморфноядерных лейкоцитов, лимфоидные фолликулы.

Мазок с биоптата на Нр – обсеменение 55 микробных тел в поле зрении – сильная степень обсеменения (слабая степень до 20 микробных тел, средняя – 20-50 микробных тел).

Уреазный дыхательный тест (хелик-тест): 10% (норма меньше 5%)

УЗИ органов брюшной полости: фиксированный перегиб желчного пузыря, реактивные изменения поджелудочной железы.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на приступообразные боли в эпигастральной области натощак, изжогу, отрыжку кислым, запоры; анамнез заболевания – боли в животе в течение года, режим питания и дня не соблюдает, сухоядение, длительные перерывы в приеме пищи, много времени проводит за компьютерными играми; генеалогический анамнез отягощен: у дедушки по линии отца – хронический гастродуоденит, у отца – язвенная болезнь желудка; данных объективного обследования: отмечаются признаки эмоциональной лабильности (больной раздражителен, эмоционально неустойчив), интоксикации (кожный покров бледный, темные круги под глазами), признаки гиперацидного состояния(язык обложен белым налетом, болезненность при пальпации в эпигастральной области, справа от пупка, стул 1 раз в день или через день типа «овечьего»; данных обследования: выявлено нарушение переваривания в копрограмме (мышечные волокна – 8-10 в п/з, непереваренная клетчатка – 4-5 в п/з, детрит ++); на ФГДС признаки гипертрофического гастродуоденита, эрозивный бульбит с повышение кислотообразующей функции желудка; на биопсии подтверждение воспаления – смешанная инфильтрация с наличием полиморфноядерных лейкоцитов, лимфоидные фолликулы; мазок с биоптата на Нр подтверждает обсеменение геликобактером (55 микробных тел в поле зрении; уреазный дыхательный тест (хелик-тест): 10% (норма меньше 5%); УЗИ органов брюшной полости: фиксированный перегиб желчного пузыря, реактивные изменения поджелудочной железы; может быть выставлен диагноз: Функциональная диспепсия язвеноподобный (болевой вариант). Хронический гипертрофический гастродуоденит, с повышенной секрецией, H.pylori- ассоциированный, обострение, эрозивный бульбит, обострение. Аномалия желчного пузыря: фиксированный перегиб тела. Реактивные изменения поджелудочной железы.

2. Язвенная болезнь желудка или 12 перстной кишки, Острый гастрит, кишечная инфекция, хронический холецистит.

3. Дообследование на требуется

4. Режим свободный, Стол 5 щадящий, медикаментозная терапия: двухкомпонентная терапия: омепрозол, антибиотик широкого спектра действия.

5. Наблюдение гастроэнтерологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев.

**Практическое задание №10**

Мальчик 13 лет, поступил с жалобами на интенсивные ночные боли в животе.

**Анамнез заболевания**: в течение 2-х лет беспокоят боли, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезли постепенно самостоятельно. После тяжелой конфликтной ситуации в семье боли стали более интенсивными, ночными, уменьшаются на непродолжительное время после приема пищи, появилась рвота. Мальчик просыпается ночью из-за ощущения боли, появилась утомляемость, стал хуже учиться в школе, плаксив. Режим дня и питания не соблюдает.

**Анамнез жизни**: мальчик от I беременность, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. на грудном вскармливании до 6-ти месяцев. Мать страдает хроническим холециститом, у отца – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

**Объективно**: общее состояние ребенка средней тяжести, асептического телосложения. Масса тела 40 кг, длина – 152 см. Кожные покровы умеренно бледные, сухие. Дермографизм красный, ладони влажные, на лице угревая сыпь. Язык обложен у корня густым белым налетом, в углах рта «заеды». В легких дыхание везикулярное. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, систолический шум лежа в т. Боткина и на верхушке, стоя исчезает, пульс 70 в минуту. АД 100/60. При осмотре живота мышечная защита передней брюшной стенки, преимущественно в эпигастрии. При пальпации выраженная болезненность в эпигастрии, в области угла Трейтца, пилородуоденальной зоне, умеренная болезненность в правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Стул через день, мочится свободно.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 120 г/л, RBC – 3,5х1012/л, WBC – 5,0х109/л, NEUT – 66%, LYM – 20%, MON – 12%, EO – 2%, СОЭ – 12 мм/час.

БАК: PRO – 70 г/л, BIL – 20,0 мкмоль/л, CHOL – 3,63 ммоль/л, GLU – 5 ммоль/л, сывороточное Fe – 14 мкмоль/л

Копрограмма – цвет светло-коричневый, реакция щелочная, мышечные волокна – 10-12 в п/з, непереваренная клетчатка – +++, детрит ++.

ЭГДС: дефект слизистой оболочки («свежая язва») округлой формы в луковице 12-перстной кишки, края язвы отечны, гиперемированы, дно выстлано фибрином. Слизистая оболочка желудка ярко гиперемирована

Мазок с биоптата на Нр – обсеменение Нр в сильной степени. Гистологическая зона фибриноидного некроза, ограниченного гранулярной тканью.

рН метрия – значительное повышение кислотообразующей функции желудка с субкомпенсированный ощелачиванием в антральном отделе. рН желудка тела – 5,0, антрального отдела – 7,0

Уреазный дыхательный тест (хелик-тест): 20% (норма меньше 5%)

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на интенсивные ночные боли в животе; анамнез заболевания – заболевание хроническое (2 года беспокоят боли, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, купируются приемом пищи, эпизоды повторяются 3-4 раза в год по 2-3 недели с частотой, исчезли постепенно самостоятельно, усиливаются в стрессовых ситуациях (конфликт в семье), режим дня и питания не соблюдает; данных объективного обследования: ребенок пониженного питания(масса тела 40 кг, длина – 152 см), отмечаются при-знаки интоксикации (кожный покров умеренно бледный, сухой, вегетативные нарушения: дермографизм красный, ладони влажные; признаки нарушения всасывания (на лице угревая сыпь, в углах рта «заеды»); повышения кислотообразующей функции (язык обложен у корня густым белым нале-том, мышечная защита передней брюшной стенки, преимущественно в эпигастрии, выраженная болезненность в эпигастрии, в области угла Трейтца, пилородуоденальной зоне, стул через день); на основании данных об-следования: признаки нарушения переваривания (мышечные волокна – 10-12 в п/з, непереваренная клетчатка – +++, детрит ++), на ЭГДС язвенный дефект («свежая язва») округлой формы в луковице 12-перстной кишки, края язвы отечны, гиперемированы, дно выстлано фибрином); обсеменение Нр в сильной степени; гистологическая зона фибриноидного некроза, ограниченного гранулярной тканью; с повышенной кислотообразующей функцией: рН метрия желудка тела – 5,0, антрального отдела – 7,0) – можно поставить диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язва зад-ней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, стадия I.

2. Язвенная болезнь желудка или 12 перстной кишки, Острый гастрит, кишечная инфекция, хронический холецистит.

3. Дообследование на требуется

4. Режим свободный, Стол 5 щадящий, медикаментозная терапия: двухкомпонентная терапия: омепрозол, антибиотик широкого спектра действия.

5. Наблюдение гастроэнтерологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев.

**Практическое задание №11**

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни

**Жалобы**: на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи цвета "мясных помоев".

**Анамнез жизни**: ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. на грудном вскармливании до 7 месяцев. Привит по возрасту. С 5 лет наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Часто болеет ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен.

**Анамнез заболевания**: Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины.

**Объективно**: При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. В зеве миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, без наложений. Костно-мышечная, лимфатическая система без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин., границы сердечной тупости не расширены, тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин., АД 135/85 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Синдром Пастернацкого отрицательный с обоих сторон. Печень, селезенка не пальпируются. Суточный диурез 400 мл, моча красно-коричневого цвета.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 125 г/л, RBC – 4,3х1012/л, WBC – 12,3 х109/л, LYM – 24%, MON – 6%, NEUT – 65%, EO – 5%, СОЭ – 30 мм/час.

БАК: PRO – 65г/л, BIL – 20,0 мкмоль/л, CHOL – 6.03 ммоль/л, GLU – 5 ммоль/л, сывороточное Fe – 14 мкмоль/л, UREA – 17,2 ммоль/л, CREAT – 0,187 мкмоль/л, K - 5,21 ммоль/л, Na - 141,1 ммоль/л, β-ЛП- 2,0 г/л.

ОАМ: прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1020, эпителий – 1-2 в п/з, эритроциты – 50-60 в п/з, лейкоциты – 2-3 в п/з, цилиндры зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99 г/л.

Суточная потеря белка: белок – 0,8 г/л, диурез 1,2 л.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи цвета "мясных помоев"; анамнез заболевания – заболевание началось остро через 2 недели после перенесенной ангины; данных объективного обследования: отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп, миндалины гипертрофированы II-III степени, суточный диурез 400 мл, моча красно-коричневого цвета; на основании данных обследования: в ОАК выявлены признаки воспаления умеренный лейкоцитоз - 12,3х10^9/л, со сдвигом формулы влево п/я - 5%, ускорение СОЭ - 30 мм/час; в ОАМ гематурия (эритроциты - 50-60 в п/з), лейкоциты, цилиндры зернистые, белок; суточная экскреция белка повышена 0,8 г/л, при диурезе 1,2 л; в биохимический анализ крови: без особенностей – можно поставить диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, с нарушением концентрационной функции. Пиелонефрит, цистит.

2. Суточный монитор АД, УЗИ почек, ежедневное взвешивание, контроль АД.

3. Режим строгий на период макрогематурии, Стол 7, ограничение жидкости по вчерашнему диурезу или 15мл/кг), 2 курса антибиотикотерапии (пенициллин, макролиды) по 8-10 дней; симптоматическая терапия: отеки – диуретики, фуросемид, гипотиазид, препараты улучшающие почечный кровоток: дипиридамол, при стойкой АГ – гипотензивные.

4. Наблюдение нефрологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет (измерение АД, ОАМ).

**Практическое задание №12**

Девочка 9 лет, с жалобами на субфебрилитет, боли в поясничной области, учащение мочеиспускания.

**Анамнез жизни**: ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 52 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. С 3 лет часто болеет ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен.

**Анамнез заболевания**: заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, слабость, боли в околопупочной и поясничной области, повышение температуры до 39°С. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось учащенное мочеиспускание, моча мутная, с резким запахом.

**Объективно**: при поступлении в стационар состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°С. Астеничного телосложения. Масса тела 30 кг, длина 138 см. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени, пастозность век, периферических отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в минуту. Граница относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 72 в минуту, АД 90/50 мм. Диурез 900 мл. Стул оформлен.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 118 г/л, RBC – 4,5x 1012/л, WBC – 12,5x109/л, NUET – 70%, LYM – 22%, MON – 8%, СОЭ – 28 мм/час.

БАК: PRO – 72 г/л, СРБ – 35 мг/л, UREA – 4,3 мкмоль/л, CREAT – 0,08 ммоль/л.

ОАМ: реакция - нейтральная, удельный вес 1025, PRO - 0,2 г/л, LEU - сплошь в поле зрения, BLD – 1-2 в поле зрения, соли - оксалаты, бактерии - много.

Проба по Нечипоренко: лейкоциты – 6000, эритроциты – 500.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры соответствуют возрасту, эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи на флору, степень бактериурии: высеяна Е.coli в количестве 1 000 000 микробных тел/мл.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на субфебрилитет, боли в поясничной области, учащение мочеиспускания; анамнез заболевания – заболевание началось остро после переохлаждения, появились головная боль, слабость, боли в около-пупочной и поясничной области, повышение температуры до 39°С, при этом катаральных явлений не отмечалось, затем появилось учащенное мочеиспускание, моча стала мутной, с резким запахом; данных объективного обследования: температура тела 37,8°С, отмечалось бледность кожного покрова, периорбитальные тени, пастозность век, отеков нет, давление не повышалось, АД 90/50 мм, диурез 900 мл; на основании данных обследования: в ОАК признаки воспаления, незначительный лейкоцитоз со сдвигом влево и ускорением СОЭ; в ОАМ признаки воспаления: лейкоциты - сплошь в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – много, которое подтверждается анализом по Нечипоренко (лейкоциты – 6000, эритроциты – 500); функция почек сохранена в БАК мочевина - 4,3 мкмоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л; на УЗИ почек признаки воспаления чашечно-лоханочной системы почек, на фоне удвоения почки слева; посев мочи выявил причинный фактор в виде Е.coli в количестве 1 000 000 микробных тел/мл – можно поставить диагноз: Острый вторичный пиелонефрит на фоне удвоения левой почки без нарушения функции почек.

2. Гломерулонефрит, цистит.

3. Проба по Зимницкому.

4. Режим постельный на период лихорадки, Стол 7, повышенное количество жидкости (щелочное питье, морсы клюквенный, брусничный)), антибиотикотерапии (ампициллин, аминогликозиды) по 7-10 дней, затем уросептики (налидиксовая кислота) 10-14 дней, затем фитотерапия (почечный сбор).

5. Наблюдение нефрологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 18 лет (УЗИ, ОАМ).

**Практическое задание №13**

Мальчик, 12 лет с жалобами на изменение поведения, изменение подчерка, слабость, недомогание.

**Анамнез заболевания**: ребенок 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести), получал антибактериальную терапию, через месяц был выписан в школу, где учитель заметил изменения почерка, неусидчивость, снижение успеваемости, появление плаксивости. Через неделю мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялись плаксивость и раздражительность. Генеалогический анамнез не отягощен.

**Объективно**: состояние средней степени тяжести. Мальчик быстро устает, отмечаются скандированная речь, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - Ш ребро, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке не проводится, в положении стоя его интенсивность уменьшается. ЧСС 100 в минуту, АД 105/50 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 120 г/л, RBC – 4,5x1012/л, WBC – 14,5х109/л, NUET – 48%, LYM – 48%, MON – 2%, EO – 2%, СОЭ – 2 2 мм/час.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на изменение поведения, изменение подчерка, слабость, недомогание; анамнеза заболевания: заболевание развивалось постепенно после перенесенной скарлатины которая постепенно нарастала; данных объективного обследования: отмечаются признаки интоксикации (мальчик быстро устает), отмечаются признаки хореи (скандированная речь, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье), и поражение миокарда сердца: границы сердца расширены, тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке не проводится, в положении стоя его интенсивность уменьшается, тахикардия и гипотония (ЧСС 100 в минуту, АД 105/50 мм рт.ст.); на основании данных обследования: в ОАК признаки воспаления в виде умеренного лейкоцитоза, со сдвигом влево и ускорением СОЭ можно поставить диагноз: Острая ревматическая лихорадка, миокардит, хорея, НК 0-I стадия.

2. Миокардит, эндокардит, эпилепсия, травма головы.

3. ЭКГ, ЭХОКС, БАК (СРК, прокальциотонин, АСЛО, посев криви.

4. Режим строгий при сердечной недостаточности, спокойная обстановка, Стол 10, ограничение соли, обогащенная калием и витаминами, антибиотикотерапии (пенициллин) по 10 дней, затем бициллин 5 1 раз в 4 недели; симптоматическая терапия.

5. Наблюдение кардиологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет (измерение АД, ОАМ).

**Практическое задание №14**

Мальчик 13 лет с жалобами на боли в суставах и в сердце, субфебрилитет.

**Анамнез жизни**: ребенок от I срочных родов, с массой тела при рождении 3500 г, длина 52 см, рос и развивался нормально, болел редко, до настоящего заболевания изменений со стороны сердца не определялось. Генеалогический анамнез не отягощен.

**Анамнез заболевания**: через 2 недели после перенесенной ангины, у ребенка повысилась температура до 38,7о С, появились боли и отечность коленных суставов, боли в области сердца, усталость.

**Объективность**: при поступлении состояние тяжелое за счет сердечной недостаточности, отмечается отечность и болезненность при движении в коленных суставах. Кожный покров бледен, отмечается пульсация шейных суставов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена, верхушечный толчок смещен влево на 1,5-2 см влево от левой средне-ключичной линии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя – II межреберье, левая - на 2 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца значительно приглушены, на верхушке продолжительный, с дующим оттенком систолический шум, проводящийся влево и усиливающийся после нагрузки, там же - короткий мезодиастолический шум, в V точке, льющийся диастолический шум, тахикардия до 124 в минуту, АД - 115/50 мм рт. ст. Пальпируется печень на 2 см из-под края реберной дуги.

**Данные лабораторные исследования:**

ОАК: НGB – 100 г/л, RBC – 3,8 x1012/л, WBC – 28,9х109/л, СОЭ – 45 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отчетливое нарушение процессов реполяризации левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля прозрачные, легочный рисунок не изменен. Сердце митральной конфигурации, расширено в поперечнике, больше влево.

Эхо КГ – увеличение конечно-диастолического и конечно-систолического диаметров левого желудочка и левого предсердия, увеличена амплитуда движения створок митрального и аортального клапана, утолщение и неровность контуров этих клапанов, митральная и аортальная регургитация 2 степени, фракция выброса 54%.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на боли в суставах и в сердце, субфебрилитет; анамнеза заболевания: через 2 недели после перенесенной ангины, у ребенка повысилась температура до 38,7о С, появились боли и отечность коленных суставов, боли в области сердца, усталость; данных объективного об-следования: при поступлении состояние тяжелое за счет сердечной недостаточности, отмечается отечность и болезненность при движении в коленных суставах, отмечается пульсация шейных суставов, не изменена, верхушечный толчок смещен влево на 1,5-2 см влево от левой средне-ключичной линии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя – II межреберье, левая - на 2 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца значительно приглушены, на верхушке продолжительный, с дующим оттенком систолический шум, проводящийся влево и усиливающийся после нагрузки, там же короткий мезодиастолический шум, в V точке льющийся диастолический шум, тахикардия до 124 в минуту, АД - 115/50 мм рт. ст. Пальпируется печень на 2 см из-под края реберной дуги; на основании данных обследования: в ОАК признаки воспаления WBC- 28,9х109/л, СОЭ – 45 мм/час; на ЭКГ признаки воспаления: синусовая тахикардия, отчетливое нарушение процессов реполяризации левого желудочка; рентгенография грудной клетки: митральная конфигурация сердца; на Эхо КГ – снижении функции левого желудочка, увеличена амплитуда движения створок митрального и аортального клапана, утолщение и не-ровность контуров этих клапанов, митральная и аортальная регургитация 2 степени - можно поставить диагноз: Острая ревматическая лихорадка, эндомиокардит, олигоартрит, НК IIб стадия.

2. Миокардит, эндокардит, эпилепсия, травма головы.

3. ЭКГ, ЭХОКС, БАК (СРК, прокальциотонин, АСЛО, посев криви.

4. Режим строгий при сердечной недостаточности, спокойная обстановка, Стол 10, ограничение соли, обогащенная калием и витаминами, антибиотикотерапии (пенициллин) по 10 дней, затем бициллин 5 1 раз в 4 недели; симптоматическая терапия.

5. Наблюдение кардиологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет (измерение АД, ОАМ).

**Практическое задание №15**

Мальчик 10 лет, с жалобами на носовое кровотечение, недомогание, головокружение.

**Анамнез заболевания**: ребенок за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела без определенной локализации появились экхимозы различной величины. Генеалогический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни**: ребенок от I беременности, 1 срочных родов, с массой тела при рождении 3500 г, длина 52 см, на грудном вскармливании до 8 месяцев. Рола и развивалась соответственно возрасту.

**Объективно**: при поступлении состояние ребенка тяжелое за счет геморрагического синдрома. Выраженная бледность кожных покровов, слизистых, масса полихромных, полиморфных кровоизлияний по всей поверхности кожи, на слизистой - энантемы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 90/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 100 г/л, RBC – 3,2 x1012/л, PLT – 20х109/л, WBC – 6,5х109/л, NUET – 62%, LYM – 28%, MON – 8%, EO – 2%, СОЭ – 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки 2%, нейтрофильный росток – 62%, эозинофильный – 4%, лимфоциты 5%, эритроидный росток 27%, мегакариоциты 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на носовое кровотечение, недомогание, головокружение; анамнеза заболевания заболела остра после перенесенного вирусного заболевания появилась различных участках тела без определенной локализации появились экхимозы различной величины; на основании объективного осмотра: выраженная бледность кожного покрова, слизистых, масса полихромных, полиморфных кровоизлияний по всей поверхности кожи, на слизистой – энантемы, в носовых ходах тампоны, пропитанные кровью, без увеличения периферических лимфатические узлы; данных лабораторного обследования: в ОАК анемия тромбоцитопения: НGB - 100 г/л, RBC- 3,2 x1012/л, PLT- 20х109/л, при этом миелограмма без изменений - можно поставить диагноз: Тромбопеническая пурпура, острое течение, влажная форма.

2. Болезнь Виллебранда, лейкоз.

3. Гемостазиограмма, билирубин, ОАМ, АТ к тромбоцитам, тромбоцитограмма.

4. Режим полупостельный, Стол гипоаллергенный, внутривенный имммуноглобулин, преднизолон,

5. Наблюдение гематологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет (ОАК).

**Практическое задание №16**

Мальчик 5 лет, с жалобами на боль и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 6 часов после падения с велосипеда.

**Анамнез заболевания**: у ребенка в 6-ти месячном возрасте при прорезывании зубов наблюдалась кровоточивость из десен. С 1 года жизни в местах ушибов у мальчика отмечались обширные «синяки», несколько раз в год – носовые кровотечения. В возрасте 3-х и 4-х лет после ушибов возникало опухание голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все перечисленные травмы требовали госпитализации и специфической терапии. Дедушка по линии матери страдал частыми длительными кровотечениями, связанными с травмами.

**Анамнеза жизни**: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне позднего токсикоза беременности, роды 1 на 38 неделе. Вес при рождении 2900 г., длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Мальчик с 3-х месяцев жизни находился на искусственном вскармливании. С трехлетнего возраста частые ОРИ до 7-8 раз в год.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое за счет суставного синдрома. Кожные покровы и видимые слизистые – бледные, на передней поверхности голеней обширные гематомы размером 5х6 см. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. Определяется небольшое увеличение объема левого локтевого сустава и ограничение его подвижности. Зев спокоен. Небные миндалины 1 степени, рыхлые. В легких везикулярное дыхание по всем легочным полям. ЧД 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой срединно-ключичной линии, правая – по правому краю грудины, верхняя – 3 ребро. Тоны сердца чистые, ритм правильный. ЧСС – 98 в 1 минуту, АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, цвет мочи соломенно-желтый.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 100 г/л, RBC – 3,0 x1012/л, PLT – 300х109/л, WBC – 8,3х109/л, NUET – 66%, LYM – 22%, MON – 9%, EO – 3%, ретикулоциты – 3%, СОЭ – 12 мм/час.

Длительность кровотечения по Дьюке – 3 мин 30 сек

Время свертывания крови по Ли-Уайту – более 15 мин

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, реакция – сл. кислая, Р – 1010, белок – нет, эпителий плоский -2-4 в п/з, лейкоциты – 2-4 в п/з, эритроциты- нет, бактерии – нет.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на боль и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 6 часов после падения с велосипеда; анамнеза заболевания у ребенка геморрагический синдром с 6-ти месяцев (при прорезывании зубов наблюдалась кровоточивость из десен, в местах ушибов отмечались обширные «синяки», несколько раз в год – носовые кровотечения, после ушибов голеностопного и локтевого суставов, всегда возникал гемартроз, все травмы требовали госпитализации и специфической терапии; генеалогический анамнез отягощен: дедушка по линии матери страдал частыми длительными кровотечениями, связанными с травмами.; данных объективного осмотра: состояние ребенка тяжелое за счет суставного синдрома; кожные покровы и видимые слизистые – бледные, на передней поверхности голеней обширные гематомы размером 5х6 см; правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены; определяется небольшое увеличение объема левого локтевого сустава и ограничение его подвижности; на основании данных лабораторного обследования: в ОАК анемия, НGB - 100 г/л, RBC- 3,0 xl012/л) и нормальное количество тромбоцитов PLT- 300х109/л, увеличена длительность кровотечения по Дьюке (3 мин 30 сек) и время свертывания крови по Ли-Уайту – более 15 мин; можно поставить диагноз: Гемофилия

2. Факторы свертывания крови.

3. Режим постельный на острый период, ЛФК, Стол 15, переливание VIII фактора.

4. Наблюдение гематолог профилактическая терапия фактором в зависимости от степени тяжести заболевания

**Практическое задание №17**

Девочка 7 лет с жалобами со слов матери на жажду, обильное мочеиспускание, повышенную утомляемость, боли в животе, рвоту, шумное дыхание.

**Анамнез заболевания**: больна в течение 2-х недель, стало много пить часто и много мочиться, появилось ночное недержание мочи, слабость, до этого перенесла респираторную инфекцию.

**Анамнез жизни**: девочка от I беременности и родов. Масса тела при рождении 4200 г, длина 54 см. развивалась соответственно возрасту. На естественном вскармливании до 6 месяцев, в массе прибавляла избыточно. Часто болела острыми респираторными заболеваниями. Наследственность не отягощена.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, за счет обезвоживания и интоксикации (синдрома кетоацидоза). Сознание затемнено. Температура тела 36,2оС. Масса тела 21 кг, длина 128 см. телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые сухие. Заострившиеся черты лица, на щеках румянец. Подкожно-жировой слой снижен. Тургор тканей снижен. Над легкими перкуторно легкий звук, дыхание везикулярное, шумное. ЧД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 110 в мин. АД 80/50 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык обложен белым налетом, сухой. Запах ацетона изо рта. Живот мягкий. Печень пальпируется из-под края реберной дуги на 2 см. Стул оформлен. Мочеиспускание скудное, коленные рефлексы отсутствуют, брюшные снижены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 125 г/л, RBC – 4,37 x1012/л, WBC – 8,8х109/л, NUET – 68%, LYM – 22%, MON – 8%, EO – 2%, СОЭ – 15 мм/час.

БАК: PRO – 68 г/л, GLU – 17 ммоль/л, CHOL – 6,0 ммоль/л.

ОАМ: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1038, PRO – 0,033%, GLU – 2%, LEU – 1-2 в п/з, ацетон – ++++++.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на жажду, обильное мочеиспускание, повышенную утомляемость, боли в животе, рвоту, шумное дыхание; анамнеза заболевания: больна в течение 2-х недель, стало много пить часто и много мочиться, появилось ночное недержание мочи, слабость; данных объективного осмотра: сознание затемнено, кожа и видимые слизистые сухие, черты лица заострившиеся, на щеках румянец, тургор тканей снижен, дыхание шумное, слышно на расстоянии, ЧД 32 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 110 в мин, АД 80/50 мм.рт.ст. язык обложен белым нале-том, сухой, запах ацетона изо рта, печень пальпируется из-под края ребер-ной дуги на 2 см, мочеиспускание скудное, коленные рефлексы отсутствуют, брюшные снижены; на основании данных обследования: в ОАК не-сколько ускорено СОЭ (15 мм/час), в БАК: глюкоза – 17 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л; в ОАМ: повышение относительной плотности – 1038, появление белка (0,033%), глюкозы – 2%, ацетон - ++++++ - можно поста-вить диагноз: Сахарный диабет I типа, манифестация, декомпенсация с кетозом. Прекоматозное состояние.

2. Гипогликемическая кома, кетоацидоз при инфекционных заболеваниях, травма, кишечная инфекция.

3. УЗИ поджелудочной железы, уровень калия в крови, креатинин, мочевина, печеночные пробы, амилаза крови, почасовой монитор сахара, определение pH крови.

4. Госпитализация в реанимационное отделение, введение жидкости из расчета 100 мл/кг в первые сутки из них 50% в первые 6 часов, вторые 6 - 25% и в оставшиеся 12 - 25%, вводим физиологический раствор, инсулин при pH менее 7,3 0,1 ЕД/кг/час, р-р калия хлорида 35 ммоль/кг/сут.

5. Наблюдение эндокринологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет; школа диабетика, обучение контролю за состоянием, измерение сахара и ацетона.

**Практическое задание №18**

Мальчик 8 лет, доставлен в стационар машиной «Скорой помощью» в связи с жалобами на слабость, резкую потливость, сонливость.

**Анамнез заболевания**: в течение 2-х лет состоит на учете по поводу сахарного диабета. В утренние часы получает инсулин 36 ЕД в сутки. Самочувствие ухудшилось 2 дня назад из-за катарального синдрома, появился кашель, насморк, повысилась температура тела до 390С – диагностирована ОРВИ. Утром введена прежняя доза инсулина. самочувствие было плохое, отказывался от еды, много спал. Через полчаса появился тремор конечностей, резкая потливость.

**Анамнез жизни**: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 4200 г, длина 54 см. Развивался соответственно возрасту. На естественном вскармливании до 10 месяцев, в массе прибавлял избыточно до 6 лет. Часто болел ОРВИ. Наследственность не отягощена.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, вялый. Правильного телосложения, температура тела 38,40С. Масса тела 28 кг, длина 130 см. Кожные покровы бледные, влажные. мышечная слабость. Костная система без патологии. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание через нос затруднено из-за слизистых отделений. Зев гиперемирован. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. ЧСС 100 в минуту. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запаха ацетона изо рта нет. Живот мягкий. Печень пальпируется из-под края реберной дуги на 1 см. Стул оформлен. Внезапно появились судороги, тризм челюстей, потерял сознание.

ОАК: НGB – 125 г/л, RBC – 4,2 x1012/л, WBC – 4,0х109/л, NUET – 38%, LYM – 52%, MON – 8%, EO – 2%, п/я – 4%, с/я – 34%, СОЭ – 15 мм/час.

БАК: общий белок – 64 г/л, глюкоза – 1,6 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

ОАМ: цвет – светло-желтый, относ. плотность – 1030, белок – нет, эпителий – единичный в п/з., лейкоциты – 1-2 в п/з.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на слабость, резкую потливость, сонливость; анамнеза заболевания в течение 2-х лет состоит на учете по поводу сахарного диабета, получает инсулин 36 ЕД в сутки, самочувствие ухудшилось 2 дня назад из-за катарального синдрома, появился кашель, насморк, повысилась температура тела до 390С – диагностирована ОРВИ, утром введена обычная доза инсулина. самочувствие было плохое, отказывался от еды, много спал, через полчаса появился тремор конечностей, резкая потливость; данных объективного обследования: глюкоза – 1,6 ммоль/л, ОАК, ОАМ без патологический изменений; на основании данных обследования: можно поставить диагноз: Сахарный диабет I тип, стадия декомпенсации, без кето-ацидоза. Гипогликемическая кома.

2. Гипергликемическое состояние, инфекционный шок, травматический шок.

3. Введение внутривенно глюкозы 40% до появления сознания, с последующей госпитализацией в реанимационное отделение, почасовой монитор сахара, введение инсулина по сахару, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная, посиндромная.

4. Наблюдение эндокринологом ежеквартально в течение года после декомпенсации, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет; школа диабетика, обучение контролю за состоянием, измерение сахара и ацетона.

**Практическое задание №19**

Девочка 14 лет, через 10 минут после укуса пчелы голову почувствовала нарастающую слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха. Доставлена родителями в приемный покой аллергоцентра

**Анамнез жизни**: ребенок от I беременности, 1 родов. Масса тела при рождении 3600 г, длина 52 см. Аллергологический анамнез: у матери бронхиальная астма.

**Объективно:** состояние ребенка тяжелое, заторможена. Телосложение нормостеническое, масса 44 кг, рост 152 см. холодный липкий пот. Резкая бледность кожного покрова, зуд, высыпания уртикарного характера. Кисти рук и стоп холодные, синюшные. В области укуса гиперемия и отек. Дыхание затруднено, перкуторно коробочный оттенок легочного звука. Аускультативно большое количество сухих свистящих хрипов на выдохе. Область сердца не изменена. Тоны сердца глухие. Пульс частый слабый. ЧСС - 120 в минуту. АД - 80/50 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. мочеиспускание не нарушено.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 140 г/л, RBC – 5,02x1012/л, PLT – 300х109/л, WBC – 8,3х109/л, NUET – 60%, LYM – 22%, MON – 8%, EO – 10%, СОЭ – 16 мм/час.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха; анамнеза заболевания; данных объективного обследования: состояние ребенка тяжелое, заторможена, отмечается холодный лип-кий пот, резкая бледность кожного покрова, зуд, высыпания уртикарного характера, синюшность кистей рук и похолодание стоп, в области укуса гиперемия и отек, дыхание затруднено, перкуторно коробочный оттенок легочного звука, аускультативно большое количество сухих свистящих хрипов на выдохе, тоны сердца глухие, пульс частый слабый, с ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/50 мм.рт.ст. на обеих руках; на основании данных обследования: в ОАК повышение эозинофилов, ускорение СОЭ - можно поста-вить диагноз: Острая аллергическая (атопическая) реакция на ужаление пчелы. Анафилактический шок.

2. Другие виды шока

3. Калий, натрий, хлориды крови, сахар, общий белок, билирубин, контроль АД, ЭКГ.

4. Госпитализация в ПИТ для проведения дезинтоксикационной терапии, обколоть место укуса адренелином, введение внутривенно преднизолона из расчета 2 мг/кг.

5. Наблюдение аллергологом ежеквартально в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев 5 лет.

**Практическое задание №20**

Девочка 6 месяцев, доставлена в детский стационар машиной «Скорая медицинская помощь»

**Анамнез заболевания**: со слов матери у девочки на фоне плача возникла остановка дыхания на несколько секунд, после чего она побледнела, появились подергивания мышц лица, конечностей, с вытягиванием в подошвенном разгибании.

**Анамнез жизни**: ребенок от II беременности, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см. Девочка находится на естественном вскармливании. Профилактика рахита не проводилась. С наступлением теплых солнечных дней ежедневно по 2-3 часа стали гулять на улице.

**Объективно**: на осмотре состояние ребенка средней тяжести. Правильного телосложения. Масса тела 7500 г, длина 68 см. Кожный покров чистый. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Голова округлой формы, увеличены лобные и теменные бугры. Грудная клетка бочкообразная, расширена нижняя апертура, «рахитические» четки. Имеются 4 зуба. Над легкими перкуторно легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 в минуту. Живот умеренно вздут. Печень пальпируется на 1,5 см. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. При легком поколачивании ниже скуловой дуги и сдавливании плеча сокращаются соответственно мышцы лица, руки.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: НGB – 100 г/л, RBC – 3,2 x1012/л, WBC – 6,5х109/л, MCH – 24pg., MCHC – 30 g/dl, NEUT – 36%, LYM – 53%, MON – 7%, EO – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

БАК: PRO – 68 г/л, GLU – 4,5ммоль/л, Ca – 1,2 ммоль/л, Р – 1,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 6 мккат/л

ОАМ: кол-во – 35 мл, светло-желтая, мутная, реакция кислая, Р – 1014, PRO – нет, LEU – 2-4 в п/з, BLD – 0-1 в п/з.

Копрограмма: оформленный, кашицеобразный, темно-желтый, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, непереваренная клетчатка – един., йодофильные бактерии в небольшом количестве, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з.

Рентгенограмма лучезапястных суставов: в эпифизарных зонах трубчатых костей нарушена трабекулярная структура, зоны предварительного обызвествления без четкой очерченности, «разлохмачены», метафизы расширены.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план лечения.

5. Составить план диспансеризации.

**Образец решения**

1. На основание жалоб на остановку дыхания на несколько секунд, с последующим появлением побледнением и подергивания мышц лица, конечностей, с вытягиванием в подошвенном разгибании; анамнеза заболевания Девочка находится на естественном вскармливании. Профилактика рахита не проводилась. С наступлением теплых солнечных дней ежедневно по 2-3 часа стали гулять на улице; данных объективного обследования: отмечается снижение мышечного тонуса, изменение формы головы с увеличением лобных и теменных бугров и грудной клетки (бочкообразная с расширен-ной нижней апертурой, «рахитическими» четками), малое количество зубов (4 зуба); при легком поколачивании ниже скуловой дуги и сдавливании плеча сокращаются соответственно мышцы лица, руки; на основании данных обследования: снижение кальция – 1,2 ммоль/л, фосфора – 1,5 ммоль/л и повышение щелочной фосфатазы – 6 мккат/л; при проведение рентгенограммы выявлены признаки активного рахита (в эпифизарных зонах трубчатых костей нарушена трабекулярная структура, зоны предварительного обызвествления без четкой очерченности, «разлохмачены», метафизы расширены) - можно поставить диагноз: Рахит II, период разгара, подострое течение. Спазмофилия, язвенная форма, карпопедальный спазм.

2. Эпилепсия, травма.

3. Витамин Д крови, НСГ, ЭЭГ.

4. Лечение препаратом витамина Д в дозе 3 000МЕ/сут, кальций 0,5 мг х 3 раза в сутки, диетотерапия с повышенным содержанием кальция.

5. Наблюдение педиатром в соответствии с приказом №1346, контроль Са, витамина Д в крови через месяц.

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Детских болезней»

направление подготовки (специальность) «Лечебное дело»

дисциплина «Педиатрия»

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ 1**

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Новорожденный ребенок, оценка по шкале Апгар. Физиологические рефлексы новорожденного. Сроки угасания.
2. Синдром бронхиальной обструкции при пневмонии у детей младшего возраста. Дифференциальный диагноз пневмонии с бронхиолитом. Неотложная помощь.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ребенок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

ОБЪЕКТИВНО: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Вопросы**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Определите тактику ведения

Заведующий кафедрой детских болезней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Л.Ю. Попова)

Декан лечебного факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Д.Н. Лященко)

«1» октября 2018

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Детских болезней»

направление подготовки (специальность) «Лечебное дело»

дисциплина «Педиатрия»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**I.** Бронхообструктивный синдром, дифференциальная диагностика заболеваний сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции

**II.** Девочка, 8 лет, с жалобами на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** девочка от третьей нормально протекающей беременности, первых срочных родов, масса тела при рождении 3400 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее на искусственное. При введении прикорма в 4-х месячном возрасте появились высыпания, которые рецидивировали до 2-х лет. С двух лет стала часто болеть ОРВИ. Наследственность отягощена по линии матери (хроническая крапивница). В доме кошка.

**Анамнез заболевания:** Больна с 4-х летнего возраста, когда впервые появилась экспираторная одышка и приступообразный кашель. Приступы одышки 1-2 раза в месяц на фоне нормальной температуры, чаще ночью, купируются ингаляциями беродуала через небулайзер дома либо в стационаре в связи с отсутствием эффекта от применения ингаляций. Базисная терапия не проводилась. В последний месяц приступы одышки стали чаще до 2 раз в неделю. Последний приступ возник более часа назад, не купировался 3 ингаляциями беродуала.

**Объективно:** состояние тяжелое, ребенок в вынужденном положение, речь затруднена, отмечается одышка экспираторного характера с ЧД - 50 в минуту, непродуктивный приступообразный кашель. Грудная клетка вздута, отмечается горизонтальное положение ребер. Над легкими перкуторно коробочный оттенок легочного звука. Аускультативно дыхание резко ослаблено, местами не прослушивается. ЧСС – 100 в минуту. Тоны сердца громкие ритмичные.

**Вопросы:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Составить план диспансеризации.

Заведующий кафедрой детских болезней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Л.Ю. Попова)

Декан лечебного факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Д.Н. Лященко)

«1» октября 2018

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации 5 курс.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | ОПК-1 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач | Знать | вопросы №1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 17, 23, 36, 40, 42, 49, 55, 72, 91, 92, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
|  | ПК-1 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать | вопросы №7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39,48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
|  | ПК-9 готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара | Знать | вопросы №11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации 6 курс.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | ОПК-1 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач | Знать | вопросы №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |
|  | ПК-1 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать | вопросы №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |
|  | ПК-9 готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара | Знать | вопросы №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю “Болезни органов дыхания у детей”;

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 20 баллов включительно. Количество баллов складывается из баллов полученных за входное тестирование (максимально 5 баллов), устного ответа (максимально 5 баллов), решения ситуационной задачи (максимально 5 баллов) и самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По окончании модуля “Болезни органов дыхания у детей” дисциплины проводится рубежный контроль защита эпикриза в устной форме и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине от 0 до 5 баллов (п. 8.2 Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся») складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности (см. таблица 1):

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид деятельности** | **Баллы** |
| Посещение обучающимся всех практических занятий и лекций | От 0 до 2 |
| Результаты участия обучающимся в предметной олимпиаде | 1-е место – 3 балла  2-е место – 2 балла  3-е место – 2 балла  участие – 1 балл |