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**

**ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

по специальности

**31.05.02 педиатриЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия, одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 9 от «30» апреля 2021 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России «30 » апреля 2021 года

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.

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 «Пропедевтика детских болезней» у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ОПК-1** Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

Инд.ОПК1.1. Реализует моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

**ОПК-4** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза

Инд.ОПК4.1. Применяет стандартные медицинские изделия в лечебно-диагностических целях

**ПК-1** Готовность 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

Инд.ПК1.1. Собирает анамнез жизни, включающий сведения о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком; информацию о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте); информацию о профилактических прививках; данные анамнеза заболевания.

Инд.ПК1.2. Проводит полное физикальное обследование пациента. Оценивает состояние и самочувствие ребенка.

**УК-4** Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

Инд.УК4.1. Устанавливает и развивает профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия

**УК-5** Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

Инд.УК5.3. Соблюдает этические нормы и права человека, грамотно и доступно излагает профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Индикаторы достижения компетенции** | **Описания и дескрипторы** | **Формы контроля** |
| ОПК-1Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.1. Реализует моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения | тестирование; устный опрос |
| Уметь применять принципы этики и деонтологии в своей профессиональной деятельности | тестирование; устный опрос |
| Владеть навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких в соответствии с требованиями правил информированного согласия | решение проблемно-ситуационных задач; собеседование по полученным результатам исследования |
| ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза | Инд.ОПК4.1. Применяет стандартные медицинские изделия в лечебно-диагностических целях | Знать основные медицинские изделия, применяемые в общеклинической практике, правила их использования | письменный опрос; тестирование; устный опрос |
| Уметь применять медицинские изделия при решении профессиональных задач (клинико-лабораторной и функциональной диагностике) | контроль выполнения практического задания; проверка историй болезни; решение проблемно-ситуационных задач; тестирование; устный опрос |
| Владеть навыками использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины | решение проблемно-ситуационных задач; собеседование по полученным результатам исследования |
| ПК-1 Готовность 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 | Инд.ПК1.1. Собирает анамнез жизни, включающий сведения о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком; информацию о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте); информацию о профилактических прививках; данные анамнеза заболевания. | Знать периоды детского возраста. Критерии здоровья. Факторы риска. Методику клинического обследования ребёнка: сбор и анализ жалоб пациента и его родителей с целью установления наличия или отсутствия заболевания; сбор анамнеза жизни и заболевания. | тестирование; устный опрос |
| Уметь устанавливать психологический и речевой контакт с детьми и их родителями и получать информацию об анамнезе жизни и анамнезе заболевания ребенка | контроль выполнения практического задания; проверка историй болезни; решение проблемно-ситуационных задач; устный опрос |
| Владеть навыками сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания ребенка | решение проблемно-ситуационных задач; собеседование по полученным результатам исследования |
| Инд.ПК1.2. Проводит полное физикальное обследование пациента. Оценивает состояние и самочувствие ребенка. | Знать методику физикального обследования, методику оценки физического, нервно-психического, полового развития детей. Критерии оценки тяжести состояния ребенка. | решение case-заданий; тестирование; устный опрос |
| Уметь оценить результаты объективного обследования детей. Сделать заключение о физическом, нервно-психическом и половом развитии детей и подростков. Выявить симптомы и синдромы заболевания. | контроль выполнения практического задания; проверка историй болезни; решение проблемно-ситуационных задач; устный опрос |
| Владеть навыками осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации | решение проблемно-ситуационных задач; собеседование по полученным результатам исследования |
| УК-4 Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия | Инд.УК4.1. Устанавливает и развивает профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия | Знать лексический минимум общего и терминологического характера | тестирование; устный опрос |
| Уметь использовать коммуникации в устной и письменной формах для получения профессионально значимой информации. Умеет устанавливать психологический и речевой контакт с детьми и их родителями | контроль выполнения практического задания; проверка историй болезни; устный опрос |
| Владеть навыками коммуникации в устной и письменной формах в объеме, необходимом для возможности получения информации из зарубежных и иных источников и решения задач профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины | решение проблемно-ситуационных задач; собеседование по полученным результатам исследования |
| УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия | Инд.УК5.3. Соблюдает этические нормы и права человека, грамотно и доступно излагает профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия | Знать этические нормы и права человека, правила и принципы профессионального врачебного поведения в процессе межкультурного взаимодействия | устный опрос |
| Уметь грамотно и доступно излагать профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия | проверка историй болезни; решение проблемно-ситуационных задач; устный опрос |
| Владеть навыком грамотного и доступного изложения профессиональной информации в процессе межкультурного взаимодействия | решение проблемно-ситуационных задач; собеседование по полученным результатам исследования |

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

**Оценочные материалы в рамках дисциплины**

В результате изучения всех 3-х модулей дисциплины «Пропедевтика детских болезней» у обучающегося формируется **компетенция ПК-1 Готовность 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.** Обучающийся в соответствии с планом ОПОП должен уметь грамотно оформить **обоснование системы поражения у курируемого пациента по синдромальному принципу.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Методика клинического обследования детей**

**Практическое занятие №1**

**Тема: Структура оказания медицинской помощи детям. Возрастная периодизация в педиатрии**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

* 1. Понятие «здоровье». Основные критерии здоровья детей. Понятие о группах здоровья детей.
  2. Факторы риска развития заболеваний.
  3. Периоды детского возраста.
  4. Общие принципы непосредственного обследования ребенка.
  5. Правила оформления анамнеза в истории болезни или медицинской карте стационарного больного (ф. 003/у). Принципы ведения истории болезни.
  6. История развития ребенка (ф. 112/у) – один из основных источников сведений о ребенке. Анализ медицинской карты ребенка – непременное условие сбора анамнеза у детей разного возраста врачом – педиатром.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой
* Работа с ситуационными задачами для контроля качества подготовки к занятию

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме « Структура оказания медицинской помощи детям. Возрастная периодизация в педиатрии»**

1. Первичный патронаж новорожденного проводят

А) в первые 3 дня после выписки из родильного дома

Б) на 10 день жизни

В) в возрасте одного месяца

Г) в возрасте 2 месяцев

2. Первичный патронаж новорожденного проводится

А) врачом-педиатром

Б) врачом-терапевтом

В) детским врачом-невропатологом и медицинской сестрой

Г) врачом-педиатром и детским врачом-невропатологом

3.Пациенты с хронической патологией относятся к группам здоровья

А) 3, 4, 5

Б) 1, 3, 4

В) 2, 3, 5

Г) 2, 3, 4

4. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма, относятся к группе здоровья

А) 5

Б) 4

В) 2

Г) 3

5. Группы здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно определяют согласно приказу №

А) 621

Б) 60

В) 770

Г) 81

6. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье, как состояние

А) которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие

Б) способности биосистемы к самоорганизации через механизмы гомеостаза, адаптации, реактивности, резистентности с привлечением высших ступеней организации личности – психических и духовных качеств

В) характеризующееся отсутствием у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья; базовая человеческая ценность для полноценной жизни, удовлетворения духовных и материальных потребностей индивида

Г) отсутствие болезней в стадии декомпенсации или физических дефектов и субъективных ощущений нездоровья, душевное спокойствие и социальное благополучие

7. Кабинет здорового ребенка организуется в составе

А) детской городской поликлиники (поликлинического отделения)

Б) детской городской больницы (детского стационара)

В) детского дошкольного образовательного учреждения

Г) детского санатория

8. В кабинете здорового ребенка работает

А) медицинская сестра, прошедшая подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением

Б) врач-педиатр участковый, прошедший подготовку по санитарно-просветительной работе с населением

В) патронажная медсестра, осуществляющая санитарно-просветительную работу с населением

Г) врач-акушер, прошедший подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением

9. К критериям, характеризующим здоровье, относят

А) наличие или отсутствие функциональных нарушений

Б) факторы риска биологического анамнеза

В) факторы риска генеалогического анамнеза

Г) факторы риска социального анамнеза

10. Эмбриопатии формируются до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недели гестации

А) 10

Б) 14

В) 22

Г) 28

11. Ранние фетопатии формируются с \_\_\_\_\_\_\_ недели гестации

А) 11-12

Б) 8-10

В) 14-16

Г) 18-20

12. Критический период развития плода составляет (неделя)

А) 3-12

Б) 14-20

В) 22-26

Г) 28-32

13. Первый врачебный патронаж здорового новорожденного осуществляется

А) не позднее 3 суток после выписки из роддома

Б) в первые сутки после выписки из роддома

В) на 3 сутки после выписки из роддома

Г) не позднее 5 суток после выписки из роддома

14. К III группе здоровья относятся дети

А) страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с редкими обострениями

Б) с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие анатомических дефектов и функциональных отклонений

В) без хронических заболеваний, но имеющие некоторые функциональные нарушения

Г) страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с частыми обострениями

15. Функциональные возможности организма ребенка определяют по

А) динамометрии и спирометрии

Б) психометрии и социометрии

В) антропометрии и индексу Эрисмана

Г) соматометрии и индексу массы тела

16. Цель вторичной профилактики состоит в предупреждении

А) хронических заболеваний

Б) острых заболеваний

В) несчастных случаев

Г) гибели детей

17. К методам первичной профилактики относят

А) оздоровление окружающей среды

Б) раннюю диагностику заболеваний

В) профилактическую госпитализацию

Г) занятия физкультурой

18. К неблагоприятным биологическим факторам относится

А) возраст матери до 18 лет

Б) наличие экстрагенитальных заболеваний у матери

В) признаки гипоксии плода

Г) отягощенный акушерский анамнез

19. Дошкольный возраст начинается с (лет)

А) 3

Б) 4

В) 5

Г) 6

20. Основным документом ребёнка в детской поликлинике, который содержит историю его развития, является учетная форма

А) №112

Б) №039

В) №036

Г) №030

21. Второй дородовой патронаж осуществляется при сроке беременности (неделя)

А) 31-32

Б) 25-26

В) 27-28

Г) 20-24

22. Подростковый возраст по определению воз длится (год)

А) с 10 до 19

Б) с 12 до 16

В) с 11 до 18

Г) с 10 до 14

23. Оценка по шкале Апгар при тяжелой гипоксии плода составляет (балл)

А) 3 и менее

Б) 4-5

В) 5-7

Г) более 8

24. Под устранением факторов риска понимают

А) первичную профилактику заболеваний

Б) вторичную профилактику заболеваний

В) третичную профилактику заболеваний

Г) эпидемиологическое обследование детского населения

25. Приоритетное направление первичной медикосанитарной помощи состоит в

А) профилактике

Б) диагностике

В) лечении

Г) реабилитации

26. Ведущим фактором здоровья ребенка является

А) образ жизни семьи

Б) наследственность

В) состояние окружающей среды

Г) деятельность органов здравоохранения

27. Врач-педиатр участковый проводит профилактический осмотр здорового ребенка второго года жизни один раз в

А) квартал

Б) месяц

В) полугодие

Г) год

28. Врач-педиатр участковый проводит профилактический осмотр здорового ребенка третьего года жизни один раз в

А) полгода

Б) квартал

В) месяц

Г) год

29. Врач-педиатр участковый проводит профилактический осмотр здорового ребенка первого года жизни один раз в

А) месяц

Б) квартал

В) полгода

Г) неделю

30. Первый дородовой патронаж проводится

А) сразу после взятия на учет беременной в женской консультации

Б) при сроке беременности 20 недель

В) при сроке беременности 24 недели

Г) при сроке беременности 16 недель

31. При составлении родословной пробандом называют

А) ребенка, на которого составляется родословная

Б) маму или папу

В) бабушку или дедушку

Г) родных брата или сестру

32. Понятие «особенности онтогенеза» при комплексной оценке состояния здоровья детей включает

А) генеалогический, биологический, социальный анамнез

Б) уровень нервно-психического развития, генеалогический анамнез

В) резистентность организма, наличие хронических заболеваний, биологический анамнез

Г) уровень функционального состояния организма, социальный анамнез

33. Понятие «индекс наследственной отягощённости» характеризуется отношением

А) общего числа заболеваний к общему числу родственников (сам ребѐнок в это число не входит)

Б) общего числа родственников к общему числу заболеваний

В) общего числа заболеваний к общему числу родственников (включая ребѐнка)

Г) заболевания каждого родственника к общему числу родственников

34. Комплексная оценка состояния здоровья детей проводится по \_\_\_\_\_ критериям

А) 6

Б) 5

В) 4

Г) 7

35. Групп здоровья существует

А) 5

Б) 4

В) 7

Г) 6

36. Период новорожденности длится до \_\_\_\_\_\_ недель жизни

А) 4

Б) 6

В) 2

Г) 3

37. Период раннего возраста включает детей в возрасте (год)

А) от 1 до 3

Б) от 2 до 6

В) от 1 до 5

Г) от 0,5 до 2

38. Дошкольным периодом называют возраст детей (год)

А) от 3 до 7

Б) от 2 до 6

В) от 4 до 8

Г) от 1 до 7

39. Младенческий период (грудной) включает детей в возрасте от

А) 1 месяца до 1 года

Б) 1 месяца до 3 лет

В) 6 месяцев до 1,5 лет

Г) 6 месяцев до 3 лет

40. Период раннего возраста включает детей в возрасте от

А) 1 года до 3 лет

Б) 6 месяцев до 2 лет

В) 1 года до 5 лет

Г) 2 до 6 лет

41. Какие группы факторов влияют на здоровье человека?

А) эндогенные и экзогенные

Б) социально-экономические

В) психолого-педагогические

Г) географические и медико-биологические

42. Влияния факторов на здоровье человека может проявиться

А) при внутриутробном развитии, рождении, в процессе дальнейшего роста и развития, в течение последующей жизни

Б) в процессе жизнедеятельности детей, подростков и взрослых

В) при поступлении в детское образовательное учреждение, при дальнейшем обучении и поступлении на работу

Г) при ведении нездорового образа жизни

43. По федеральному закону российской федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-фз «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» под здоровьем понимают

А) состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний

Б) отсутствие патологических процессов в организме

В) возможность осуществления биологических и трудовых функций

Г) отсутствие анатомических и физиологических дефектов

44. Какой фактор способствует улучшению здоровья детей?

А) оптимальные условия проживания и обучения

Б) интенсивные занятия спортом высоких достижений

В) высококалорийное питание

Г) низкокалорийное питание

45. Какой фактор способствует улучшению здоровья детей?

А) рациональное питание

Б) интенсивные занятия в спортивных секциях

В) обильное питание

Г) обливание холодной водой на морозе и хождение босиком по снегу

46. Под факторами риска понимают факторы

А) потенциально опасные для здоровья

Б) повышающие опасность травматизма

В) вредные и опасные производственные

Г) вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение

47. Под факторами риска понимают факторы

А) повышающие вероятность развития заболеваний

Б) повышающие опасность травматизма

В) вредные и опасные производственные

Г) вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение

48. Под онтогенезом понимают

А) индивидуальное развитие организма от оплодотворения до конца жизни

Б) патологическое внутриутробное развитие

В) развитие патологических процессов на первом году жизни

Г) процесс естественной гибели клеток

49. Социопатической считают семью

А) в которой один или оба родителя страдают алкоголизмом, наркоманией или находятся в заключении

Б) с низким материальным достатком, нуждающуюся в социальной поддержке

В) один из членов которой болен туберкулезом или другим хроническим заболеванием

Г) с ребенком-инвалидом, нуждающимся в социальном обеспечении

50. К профилактической работе врача-педиатра участкового относится

А) динамическое наблюдение за здоровыми детьми

Б) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей

В) динамическое наблюдение за больными детьми

Г) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения

51. К профилактической работе врача-педиатра участкового относится

А) назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям

Б) направление детей на лечение в стационар

В) своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него

Г) отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении

52. Кабинет здорового ребенка детского амбулаторного центра обеспечивает родителей методическими материалами по вопросам

А) развития и воспитания здорового ребенка

Б) методов диагностики инфекционных заболеваний

В) лечения неинфекционных заболеваний

Г) профилактических осмотров детей

53. Кабинет здорового ребенка должен быть обеспечен наглядными пособиями

А) средств ухода за новорожденными и детьми грудного возраста

Б) средств ухода за больными детьми различного возраста

В) оказания сердечно-легочной реанимации

Г) лекарственных препаратов для детей различного возраста

54.Факторы риска генетического анамнеза

А) бронхиальная астма у матери

Б) рождение ребенка в асфиксии

В) затянувшаяся желтуха новорожденного

Г) раннее искусственное вскармливание

Д) неполная семья

55. Факторы риска генетического анамнеза

А) заболевания сердечно-сосудистой системы по линии отца

Б) роды посредством кесарева сечения

В) недостаточная прибавка в массе на первом году жизни

Г) вредные привычки родителей

Д) нефропатия беременной

56. Факторы риска медико-биологического анамнеза

А) верно Б,В,Г

Б) стремительные роды

В) пищевая аллергия у ребенка

Г) угроза прерывания беременности у матери

Д) низкая материальная обеспеченность семьи

57. Факторы риска медико-биологического анамнеза

А) затяжные роды, рождение ребенка на 4 балла по шкале Апгар

Б) неблагоприятные жилищные условия

В) низкая материальная обеспеченность семьи

Г) аллергопатология у родителей

58. Факторы риска социального анамнеза

А) вредные привычки родителей, неблагоприятный микроклимат в семье

Б) анемия беременной

В) рождение ребенка на сроке 32 недели

Г) частые простудные заболевания у ребенка

Д) заболевания органов пищеварения по линии отца

59. Факторы риска социального анамнеза

А) неблагоприятные жилищные условия

Б) нефропатия беременной

В) оперативное родоразрешение

Г) пищевая аллергия у ребенка

Д) мочекаменная болезнь у родственников по линии матери

**Ситуационные задачи для контроля знаний**

**Задача № 1**

Ребенок С, 3-х лет. Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени, отеков во второй половине беременности. Женщина в питании не употребляла фруктов. Врачом осматривалась не регулярно. Декретный отпуск не использовала. Роды стремительные, безводный период 10 часов. Проводилась стимуляция родовой деятельности. Оценка новорожденного по шкале Апгар 7/8 баллов. Приложен к груди в первые 30 минут. Пребывание родильницы и новорожденного в родильном доме раздельное. Масса ребенка при рождении 3840, длина 54 см. Транзиторная гипербилирубинемия появилась на 3 сутки, к 10 дню интенсивность уменьшилась. Пупочная ранка заэпитализировалась к 10 дню. Из родильного дома выписаны на 7 сутки.

1**. Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Выделите факторы риска**.

**Задача № 2**

Ребенок Г., 2-х месяцев. Ребенок от III беременности, II срочных родов. Беременность в 38 лет. Угроза выкидыша в первой половине беременности, находилась на стационарном лечении. Пищевая аллергия на цитрусовые. Роды самостоятельные, быстрые. Безводный период 3 ч 10 минут. Оценка новорожденного по шкале Апгар 8/8 баллов. Приложен к груди в первые 30 минут. Масса при рождении 4100, рост 54 см. Проведена вакцинация БЦЖ, от проведения вакцинации против гепатита мама отказалась. Выписаны на 4 сутки. Пуповинный остаток отпал к 4 дню. Физиологическая желтуха исчезла к 10 дню.

1**. Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Выделите факторы риска**.

**Задача № 3**

Ребенок В., 1 год. Ребенок от I беременности, I преждевременных родов на 36 неделе. Беременность протекала на фоне анемии, гестоза второй половины. Масса при рождении 2100, рост 48 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложена на 3 сутки, с 2-х недель переведена на искусственное вскармливание. С 1 месяца получала лечение по поводу дисбактериоза кишечника. С 6 месяцев отмечается снижение гемоглобина до 80 г/л. В питании до 11 месяцев мясо отсутствовало.

1**. Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Выделите факторы риска**.

**Задача № 4**

Ребенок Д., 9 лет. Медико-биологический анамнез. Ребенок от I беременности на фоне кольпита, I срочных быстрых родов. При рождении масса 3150, рост 54 см. Закричал сразу.

К груди приложен на 1 сутки. Выписаны из родильного дома на 6 сутки. Диагноз при рождении: внутриутробное инфицирование. В раннем возрасте наблюдался с диагнозом: дизбактериоз кишечника. В 2 года прооперирован по поводу катарального аппендицита. В 3 года перенес кишечную инфекцию по типу гастроэнтероколита. В 8 лет комплексно обследован в стационаре. Диагноз: функциональное нарушение желудка. Реактивная гепатопанкреатопатия. Дизбактериоз кишечника, III степень ассоциации. Персистирующая инфекция носоглотки. Дисфункция синусового узла. Вегетодистония по смешанному типу.

1**. Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Выделите факторы риска**.

# **Практическое занятие № 2**

**Тема: Анатомо-физиологические особенности детей с учетом возрастной периодизации**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Периоды детского возраста.
2. АФО основных органов и систем детского организма: дыхательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, мочевая, кроветворная, иммунная, эндокринная, костная, мышечная, кожа и подкожно-жировая клетчатка.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой
* Работа с ситуационными задачами для контроля качества подготовки к занятию

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме « Анатомо-физиологические особенности детей с учетом возрастной периодизации»**

**Практическое занятие №3**

**Тема**: **Клиническое обследование пациента: расспрос. Анамнез жизни и анамнез заболевания ребенка. Оценка анамнеза жизни (выделение факторов риска). Значение анамнеза для постановки диагноза.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

* 1. Значение анамнеза для постановки диагноза. Особенности сбора анамнеза в педиатрии.
  2. Методика сбора и оценки анамнеза у детей разного возраста.
  3. Факторы в риска в медико-биологическом анамнезе ребенка.
  4. Факторы риска социального и генетического анамнеза.
  5. Алгоритм сбора анамнеза заболевания, его оценка. Понятие о «дополнительном анамнезе» или «уточнении анамнеза».
  6. Правила оформления анамнеза в истории болезни или медицинской карте стационарного больного (ф. 003/у). Принципы ведения истории болезни.
  7. История развития ребенка (ф. 112/у) – один из основных источников сведений о ребенке. Анализ медицинской карты ребенка – непременное условие сбора анамнеза у детей разного возраста врачом – педиатром.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой
* Работа с ситуационными задачами для контроля качества подготовки к занятию

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Ситуационные задачи для контроля знаний**

**Задача № 1**

**Ребенок А., 4-х лет**. Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени, отеков во второй половине беременности. Женщина в питании не употребляла фруктов. Врачом осматривалась нерегулярно, декретный отпуск не использовала. Роды стремительные. Оценка новорожденного по шкале Апгар 7/8 баллов. Ребенок приложен к груди в первые 30 минут. Пребывание родильницы и новорожденного в родильном доме раздельное. Масса ребенка при рождении 3840, длина тела 54 см. Желтуха (транзиторная гипербилирубинемия ) появилась на 3 сутки, к 10 дню интенсивность уменьшилась. Пупочная ранка эпителизировалась к 10 дню. Из родильного дома выписаны на 7 сутки.

1**. Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Выделите факторы риска**.

**Задача № 2**

**Ребенок Б., 2-х месяцев**. Ребенок от III беременности, II срочных родов. Беременность в 40 лет. У матери пищевая аллергия на цитрусовые. Отмечалась угроза выкидыша в первой половине беременности, женщина находилась на стационарном лечении. Роды самостоятельные, быстрые. Безводный период 3 ч 10 минут. Оценка новорожденного по шкале Апгар 8/8 баллов. Приложен к груди в первые 30 минут. Масса при рождении 4100, рост 54 см. Проведена вакцинация БЦЖ, от проведения вакцинации против гепатита мама отказалась. Выписаны на 4 сутки. Пуповинный остаток отпал к 3 дню. Физиологическая желтуха исчезла к 10 дню.

1. **Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Определите факторы риска**.

**Задача № 3**

**Девочка А., 11 месяцев**. Ребенок от I беременности, I преждевременных родов на 36 неделе. Беременность протекала на фоне анемии, отеков и повышения АД во второй половине.

Масса ребенка при рождении 2100, рост 48 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложена на 3 сутки, с 2-х недель переведена на искусственное вскармливание. С 1 месяца получала лечение по поводу дисбактериоза кишечника. С 6 месяцев отмечается снижение гемоглобина до 90 г/л. В питании до 10 месяцев мясо отсутствовало.

1. **Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Определите факторы риска**.

**Задача № 4**

**Мальчик И., 12 лет**. Ребенок от I беременности,протекавшей на фоне кольпита (воспаление влагалища), I срочных быстрых родов. При рождении масса 3150, рост 54 см. Закричал сразу. К груди приложен в 1 сутки. Выписан из родильного дома на 6 сутки. Диагноз при рождении: внутриутробное инфицирование. В раннем возрасте наблюдался по поводу дисбактериоза кишечника. В 3 года перенес кишечную инфекцию по типу гастроэнтероколита, в 4 года – ветряную оспу. Болеет простудными заболеваниями 4- 5 раз в год. Пищевая аллергия на шоколад, клубнику.

1. **Оцените медико-биологический анамнез**. 2. **Определите факторы риска**.

**Задача № 5**

**Пациентка В., 11 лет**. **Оцените социальный анамнез**: Родители лишены родительских прав. Опекун бабушка, девочка живет с бабушкой по линии отца. Проживают вчетвером в 2-х комнатной квартире. Отец и мать страдают алкоголизмом. Мать находится на лечении. Бабушка и дедушка пенсионеры. Дед – инвалид I группы.

**Задача № 6**

**Пациент В., 4 года**. **Оцените социальный анамнез**: Семья неполная, проживают в частном доме без удобств. Мама работает санитаркой в поликлинике. Отец временно не работает. Оба родителя курят. Ребенок посещает ясли-сад с 3-х лет. В семье часто бывают конфликты.

***Эталон к задаче № 1***

1. Медико-биологический анамнез отягощен.

2. Факторы риска в антенатальном периоде: анемия, отеки, нерациональное питание беременной.

Факторы риска в интранатальном периоде: стремительные роды, крупный плод.

Факторы риска в постнатальном периоде: асфиксия легкой степени, раздельное пребывание новорожденного и матери в роддоме, затянувшаяся желтуха.

**Эталон к задаче № 2**

1. Медико-биологический анамнез отягощен.

2. Факторы риска:

* беременность в 40 лет
* угроза выкидыша в первой половине беременности
* пищевая аллергия
* быстрые роды
* крупный плод
* отказ от вакцинации.

***Эталон к задаче № 3***

1. Медико-биологический анамнез отягощен.

2. Факторы риска:

* анемия, гестоз (токсикоз) второй половины беременности
* преждевременные роды
* асфиксия
* позднее прикладывание к груди
* ранний перевод на искусственное вскармливание
* дисбактериоз кишечника
* нерациональное вскармливание.

***Эталон к задаче № 4***

1. Медико-биологический анамнез отягощен.

2. Факторы риска:

* кольпит беременной
* быстрые роды
* внутриутробное инфицирование
* в раннем возрасте: дисбактериоз кишечника; кишечная инфекция
* в школьном возрасте: часто болеет (снижена естественная резистентность), отягощен аллергологический анамнез (пищевая аллергия)

***Эталон к задаче № 5***

Социальный анамнез отягощен. Факторы риска: неполная семья, вредные привычки родителей, неудовлетворительное материальное обеспечение.

***Эталон к задаче № 6***

Социальный анамнез отягощен. Неблагоприятные материально-бытовые условия и микроклимат в семье, вредные привычки родителей.

# **Практическое занятие №4**

**Тема: Клиническое обследование пациента. Осмотр ребёнка. Общий осмотр. Частный осмотр по органам и системам. Оценка общего состояния больного ребенка. Критерии тяжести состояния**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Виды осмотра больных.
2. Что включает в себя общий осмотр пациента?
3. Какая бывает степень тяжести состояния больного?
4. Охарактеризуйте различные виды сознания.
5. Типы телосложения.
6. Оценка состояния кожных покровов.
7. Частный осмотр (осмотр отдельных частей туловища - голова, лицо, шея, грудная клетка, живот, верхние и нижние конечности).
8. Симптомы выявляемые при осмотре.
9. Оценка общего состояния больного ребенка.
10. Критерии тяжести состояния (сознание, положение в постели, степень выраженности клинических симптомов и синдромов поражения органов и систем).

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой

# **Практическое занятие №5**

**Тема: Методика клинического обследования ребёнка. Пальпация**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Определение пальпации как метода физикального обследования пациента.

2.Техника пальпации.

3.Методика пальпации периферических лимфатических узлов.

4.Методика пальпации щитовидной железы.

5.Методика пальпации грудной клетки, ее диагностическое значение: болезненность, ригидность, голосовое дрожание.

6.Клиническое значение определения голосового дрожания – усиления, ослабления, отсутствия.

7.Пальпация верхушечного и сердечного толчка, пульса, свойства пульса.

8.Методика поверхностной и глубокой пальпации живота.

9.Методика определения свободной жидкости в брюшной полости.

10.Методика пальпации печени, селезенки, почек.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой

# **Практическое занятие №6**

**Тема: Методика клинического обследования ребёнка. Перкуссия**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Определение перкуссии как метода клинического обследования пациента.
2. Физические основы перкуссии.
3. Техника и методы перкуссии.
4. Основные правила проведения перкуссии.
5. Основные перкуторные звуки, их характеристика.
6. Методика проведения сравнительной перкуссии легких.
7. Методика проведения топографической перкуссии легких.
8. Определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей Кренига.
9. Определение нижних границ легких.
10. Определение подвижности нижнего легочного края.
11. Особенности перкуссии лёгких у детей грудного возраста.
12. Основные правила проведения перкуссии сердца.
13. Понятие об относительной сердечной тупости.
14. Понятие об абсолютной сердечной тупости. Ее границы в норме. Техника определения.
15. Перкуторное определение ширины сосудистого пучка и поперечника сердца.
16. Методика перкуторного определения трех размеров печени по Курлову и размеров селезенки.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме «Методика клинического обследования ребёнка. Перкуссия»**

**Выберите правильный ответ:**

**1. В норме перкуторный звук  над легкими :**

1. Ясный
2. Притупленный
3. Тупой
4. Коробочный

**2. Высота стояния верхушки легкого над ключицей при перкуссии в норме составляет:**

1. 1-2см
2. 5-6см
3. 7-8см
4. 3-4см

**3. Тимпанический звук определяется при перкуссии:**

1. Над легкими
2. Над печенью
3. Над  кишечником
4. Над сердцем

**4. При скоплении экссудата в плевральной полости определяется перкуторный звук:**

1. Тимпанический
2. Ясный
3. Притупленный
4. Тупой (бедренный)

**5. При уменьшении воздушности легочной ткани получают перкуторный звук :**

1. Притупленный
2. Коробочный
3. Ясный
4. Тупой

**6.Над верхним отделом желудка в норме перкуторный звук:**

1. Ясный

2. Притупленный

3. Тупой

4. Тимпанический

**7. В норме над печенью, сердцем определяется перкуторный звук:**

1. Тимпанический
2. Ясный
3. Притупленный
4. Тупой (бедренный)

**8.При повышении воздушности легочной ткани (бронхиальная астма, обструктивный бронхит) получают перкуторный звук :**

1. Ясный
2. Тимпанический
3. Тупой
4. Коробочный

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний**

**по теме ««Методика клинического обследования ребёнка. Перкуссия»**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | 1 |
| **2.** | 4 |
| **3.** | 3 |
| **4.** | 4 |
| **5.** | 1 |
| **6.** | 4 |
| **7.** | 4 |
| **8.** | 4 |

# **Практическое занятие №7**

**Тема: Методика клинического обследования ребёнка. Аускультация**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Аускультация как метод физикального обследования пациента.
2. История аускультации.
3. Техника аускультации.
4. Что такое посредственная, непосредственная аускультация?
5. Методика сравнительной аускультации легких.
6. Основные дыхательные шумы в норме и патологии.
7. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры). Механизм образования.
8. Понятие о бронхофонии.
9. Аускультация сердца.

7. Механизм образования 1 и 2 тонов сердца, аускультативные точки.

8 Изменения тонов сердца в норме и патологии (сила, тембр, расщепление, раздвоение).

9. Классификация сердечных шумов, механизм возникновения.

10. Понятие об органических и функциональных шумах. Их дифференциация и диагностическое значение. Места наилучшего выслушивания, их проведение.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой

# **Практическое занятие №8**

**Тема: Клиническое обследование ребёнка. Физическое развитие (ФР) как фактор здоровья. Закономерности ФР. Методы оценки ФР.**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**

1. Понятие физического развития.

2. Признаки, характеризующие биологическую зрелость.

3. Динамика роста, массы, окружности головы и окружности груди у детей в разные возрастные периоды.

4. Изменение пропорций тела у детей разного возраста (высота головы, длина туловища, длина конечностей, средняя точка тела). Филиппинский тест: техника проведения и клиническое значение.

5. Ориентировочный расчет поверхности тела ребенка.

6. Индексы физического развития - методика расчета и клиническое значение (массо-ростовой – Кетле-1, индексы Чулицкой, Тура, Эрисмана, индекс стении)

7. Алгоритм оценки ФР. Способы оценки ФР

* *центильным* методом*,*
* методом *сигмальных* отклонений
* с помощью *эмпирических* формул.

8. Факторы, влияющие на физическое развитие.

9. Декретированные сроки оценки ФР детей разного возраста.

10. Критерии здоровья и группы здоровья детей.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Выполнение *письменного задания* в рабочих тетрадях:

-Оценить физическое развитие доношенного новорожденного ребенка 3200 г, длина тела 50 см, окр. головы 34 см, окр. груди 32 см;

-Рассчитать с помощью эмпирических формул долженствующие длину тела, массу, окружность груди и окружность головы ребенка 9 лет.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме « Клиническое обследование ребёнка. Физическое развитие (ФР) как фактор здоровья. Закономерности ФР»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Антропометрические исследования проводят детям до 1 года на профилактических приемах:**

1) ежемесячно 2) ежеквартально 3) 1 раз в полугодие

4) 1 раз в 10 дней 5) 1 раз в 15 дней

**2. Рост здорового ребенка в первые 3 месяца жизни увеличивается ежемесячно на:**

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

**3. Формула – 100 см – 8 (4-п), где п – число лет, используется для расчета роста детей:**

1) 7-12 лет 2) 2-4 года 3) 5-6 лет 4) после 12 лет

**4. Средняя точка тела у доношенного новорожденного находится:**

1) на пупке 2) выше пупка на 3 см 3) ниже пупка на 3 см

4) на подбородке 5) на лобке

**5. Индекс Эрисмана представляет собой:**

1) разность между окружностями груди и головы в см

2) сумма окружности груди и головы в см

3) разность между окружностью груди и полуростом в см

4) сумма окружности груди и полуроста в см

5) разность между ростом и окружностью груди в см.

**6. Физиологическая потеря массы тела у новорожденного максимальна:**

1) на 1-2 день жизни и составляет до 5% 2) на 3-5 день жизни и составляет до 10%

3) на 3-4 день жизни и составляет 6-8%

**7. Установите соответствие:**

Возраст ребенка Средняя масса ребенка (кг)

1) новорожденный а) 2,5

2) 1 год б) 3,0

3) 5 лет в) 5,0

4) 10 лет г) 8,0

д) 10,5

е) 12,5

ж) 16,0

з) 19,0

и) 20,0

к) 30,0

Ответы: 1. \_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_\_. 3. \_\_\_\_\_\_\_. 4. \_\_\_\_\_\_\_.

**8.** Родители ребенка 6 месяцев обеспокоены быстрым увеличением его головы. Измерения, проведенные патронажной сестрой, показали, что окружность головы равна 43 см, грудной клетки – 45 см. Оцените эти параметры:

1) пропорциональны и соответствуют возрасту ребенка

2) увеличены оба параметра 3) чрезмерно велики размеры головки

4) чрезмерно велика грудная клетка 5) оба параметра ниже возрастных норм.

**9. Термин “физическое развитие” в педиатрии понимается как динамический процесс:**

1) роста ребенка в том или ином периоде детства

2) роста ребенка и биологического созревания отдельных систем

3) роста и биологического созревания ребенка в том или ином периоде детства

4) биологического созревания отдельных органов и систем ребенка.

**10. В третьем квартале жизни рост ребенка увеличивается на:**

1) 4,5-6,0 см 2) 10-12 см 3) 1,5 см 4) 7-8 см 5) 9-10 см

**11. Рост ребенка в 8 лет должен быть:**

1) 110-120 см 2) 120-125 см 3) 125-130 см 4) 140-146 см 5) 146-150 см

**12. Скорость роста ребенка с возрастом:**

1) уменьшается 2) увеличивается 3) остается стабильной

4) имеет 2 пика ускорения – 5-7 лет и 12-14 лет

5) имеет 2 пика ускорения – в 3-4 года и в 8-9 лет

**13. Высота головы по отношению к длине тела новорожденных составляет:**

1) 1/4 2) 1/6 3) 1/3 4) 1/7 5) 1/5

**14. Индекс Чулицкой составляет:**

1) 2 окружности головы + окружность бедра – полу рост

2) 3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени – рост

3) рост (длина тела) – окружность головы

4) окружность головы + окружность бедра – полу рост

5) окружность плеча + окружность бедра.

**15. Основными причинами физиологической потери массы у новорожденного являются:**

1) гиперальдостеронизм 2) становление лактации у матери

3) потеря воды через кожу и легкие при дыхании 4) удаление “сыровидной” смазки

5) отсыхание пуповинного остатка 6) выделение мекония и мочи

**16. Установите соответствие:**

Возраст ребенка Средняя окружность головы

1) новорожденный а) 30 см

2) 6 месяцев б) 33 см

3) 1 год в) 35 см

4) 5 лет г) 40 см

5) 10 лет д) 43 см

е) 46 см

ж) 50 см

з) 52 см

и) 53 см

к) 58 см

Ответы: 1. \_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_\_. 3. \_\_\_\_\_\_\_. 4. \_\_\_\_\_\_\_. 5. \_\_\_\_\_\_.

**17. Выберите правильный ответ, пользуясь эмпирическими формулами:**

Ребенок здоров, держит голову. Фиксирует взор. Масса тела 5 кг, длина 60 см (при рождении соответственно 3,500, 52 см). Какому возрасту соответствует физическое развитие данного ребенка?

1) 1 мес. 2) 2 мес. 3) 3 мес. 4) 4 мес. 5)оценить трудно

**Выберите правильные ответы**

**18. Для оценки физического развития практически здоровых детей при массовых осмотрах используются:**

1) индекс физического развития 2) сигмальные (параметрические) стандарты

3) центильные (непараметрические) стандарты 4) расчеты по формулам

5) определение положения средней точки тела

**19. Масса тела детей 2-11 лет рассчитывается по формуле (где п - число лет):**

1) 10,5 + 2п 2) 10,5 + 3п 3) 5п – 20 4) 3п 5) по всем формулам

**20. С какого возраста определяется у ребенка положительный Филиппинский тест?**

1) в 6-11 мес. 2) 1-2 года 3) в 3-4 года 4) в 5-7 лет 5) в 8-10 лет

**21. Рост здорового ребенка к 1 году составляет:**

1) 65-70 см 2) 80-85 см 3) 89-90 см 4) 75-80 см 5) 60-65 см

**22. Период первого ускорения роста (первого вытяжения) наблюдается:**

1) в 4-6 лет у мальчиков и в 9-10 лет у девочек

2) в 6-9 лет у мальчиков и в 9-10 лет у девочек

3) в 4-6 лет у мальчиков и в 6-8 лет у девочек

4) в 6-9 лет у мальчиков и в 6-8 лет у девочек

**23. Площадь поверхности тела на 1 кг массы у детей по сравнению со взрослыми:**

1) больше 2) меньше 3) такая же

**24. Установите соответствие:**

Возраст ребенка Средний рост ребенка (см)

1) новорожденный а) 45

2) 1 год б) 50

3) 4 года в) 66

4) 8 лет г) 75

5) 12 лет д) 100

е) 110

ж) 120

з) 130

и)140

к) 150

Ответы: 1. \_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_. 3. \_\_\_\_\_\_\_. 4. \_\_\_\_\_\_\_. 5.\_\_\_\_\_\_\_.

**25. Установите соответствие:**

Возраст ребенка Среднемесячная прибавка окружности

головы (см)

1) 0-3 месяца а) 0,5

2) 3-6 месяцев б) 1,0

3) 6-12 месяцев в) 1,5

г) 2,0

д) 2,5

е) 3,0

Ответы: 1. \_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_\_. 3.\_\_\_\_\_\_\_.

**Выберите правильные ответы**

**27. Выравнивание показателей окружности головы и грудной клетки у здоровых детей происходит в возрасте:**

1) грудная клетка больше по окружности с рождения

2) 7-8 месяцев 3) 4-5 месяцев 4) 9-10 месяцев 5) 1-2 года

**28. При измерении окружности головы соблюдаются следующие правила, кроме:**

1) лента накладывается на затылочную точку сзади

2) лента накладывается спереди на лобные бугры

3) определение окружности идет надо лбом 4) лента проходит по границе роста волос

5) лента накладывается от правой к левой височной области.

**29. Индекс Чулицкой характеризует:**

1) достаточность питания 2) достаточность роста

3) правильность соотношения длины рук и ног 4) пропорциональность сложения

5) положение средней точки тела.

**31. На какой день жизни у здоровых новорожденных обычно определяется максимальная убыль массы при рождении?**

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

**32. Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:**

1) 46 ± 2 см 2) 48 ± 2 см 3) 50 ± 2 см 4) 54 ± 2 см 5) 56 ± 2 см

**33. Установите соответствие:**

Возраст ребенка Ежемесячная прибавка роста (см)

1) 0-3 мес. а) 1

2) 3-6 мес. б) 1,5-2

3) 6-9 мес. в) 2

4) 9-12 мес. г) 2,5

д) 3

е) 3,5

ж) 4

з) 5

Ответы: 1.\_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_. 3. \_\_\_\_\_\_. 4. \_\_\_\_\_\_.

**Выберите правильные ответы**

**34. При какой величине массо-ростового показателя следует думать о наличии внутриутробной гипотрофии:**

1) – 45 2) – 50 3) – 55 4) – 60

**35. Критериями оценки биологической зрелости детей раннего возраста являются:**

1) пропорции тела 2) число ядер окостенения

3) показатели роста и массы 4) вторичные половые признаки

5) психомоторное развитие 6) появление молочных зубов

7) количество постоянных зубов

**36. Критериями оценки биологического возраста подростков являются:**

1) число ядер окостенения 2) вторичные половые признаки

3) умения и навыки 4) психомоторное развитие

5) появление молочных зубов 6) количество постоянных зубов

7) пропорции тела 8) показатели роста и массы

**37. Период полового созревания характеризуется:**

1) снижением мышечной массы

2) отставанием «костного» возраста от биологического

3) неустойчивостью вегетативной регуляции 4) развитием вторичных половых признаков

5) замедлением нарастания массы 6) ускорением темпов роста и прибавки массы

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний**

**по теме « Клиническое обследование ребёнка. Физическое развитие (ФР) как фактор здоровья. Закономерности ФР»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1 | **22.** | 3 |
| **2.** | 2 | **23.** | 1 |
| **3.** | 2 | **24.** | 1–б, 2–г, 3–д, 4–з, 5–к |
| **4.** | 1 | **25.** | 1–в, 2 – в, 3 – а |
| **5.** | 3 |  |  |
| **6.** | 3 | **27.** | 3 |
| **7.** | 1–б, 2–д, 3–з, и , 4–к | **28.** | 4 |
| **8.** | 1 | **29.** | 1 |
| **9.** | 3 |  |  |
| **10.** | 3 | **31.** | 3 |
| **11.** | 3 | **32.** | 3 |
| **12.** | 4 | **33.** | 1–д,е, 2– г, 3–б, 4–а |
| **13.** | 1 | **34.** | 1, 2, 3 |
| **14.** | 2 | **35.** | 1, 2, 3, 5, 6 |
| **15.** | 1, 2, 3, 5, 6 | **36.** | 1, 2, 6, 7, 8 |
| **16.** | 1–в, 2–д, 3–е, 4–ж, 5–и | **37.** | 3, 4, 6 |
| **17.** | 2 |  |  |
| **18.** | 3, 2 |  |  |
| **19.** | 1 |  |  |
| **20.** | 4 |  |  |
| **21.** | 4 |  |  |

**Тестовые задания для промежуточного контроля знаний**

**по теме** «**Клиническое обследование ребёнка. Физическое развитие (ФР) как фактор здоровья. Закономерности ФР»**

**Выберите правильный ответ**

**1.** Масса ребенка 15 кг, рост 95 см, окружность головы 48 см, окружность груди 52 см, высота головы 1/5 часть роста, средняя точка тела на 3,5 см ниже пупка, индекс Эрисмана + 4,5 см, индекс Чулицкой + 20 см. Филиппинский тест – отрицательный**. Определите примерный возраст ребёнка:**

1) 2 года 2) 3 года 3) 5 лет 4) 7 лет 5) 6 лет

**2.** Масса ребенка 8200 г, рост 68 см, окружность головы 43 см, окружность гру-ди 45 см, высота головы – 1/3 часть длины тела, средняя точка длины тела на 1 см ни-же пупка, индекс Чулицкой + 21 см, индекс Эрисмана + 8 см. **Определите возраст ребенка:**

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

**3.** При осмотре ребенка выявлено: вес 19 кг, рост 109 см, окружность головы 50 см, окружность груди 55 см, высота головы – 1/6 часть роста, средняя точка тела – на середине между пупком и симфизом. Индекс Эрисмана + 0,5 см, Филиппинский тест – отрицательный**. Определите возраст ребенка:**

1) 5 лет 2) 4 года 3) 8 лет 4) 3 года 5) 10 лет

**4.** Вес ребенка 3500 г, рост 51 см, окружность головы 35 см, окружность груди 33 см, высота головы – 1/4 часть длины тела, средняя точка длины тела на пупке. **Определите возраст ребенка:**

1) новорожденный доношенный 2) 3 месяца 3) 2 месяца

4) 1 месяц 5) новорожденный недоношенный

**5.** Наиболее вероятным возрастом для ребенка с нижеследующими данными: вес 7400 г, рост 65 см, окружность головы 41 см, окружность груди 41 см, высота головы – 1/4 часть длины тела, средняя точка длины тела – 0,5 см ниже пупка, индекс Эрисмана + 8,5 см, окружность бедра + одна окружность голени = окружности груди, будет**:**

1) 5-5,5 мес. 2) 7-7,5 мес. 3) 8-9 мес. 4) 2,5-3 мес. 5) 3,5-4 мес.

**6**. Вес ребенка 6600 г, рост 62 см, окружность головы 39 см, окружность груди 38 см, высота головы – 1/4 часть длины тела, средняя точка длины тела – на 0,5 см ниже пупка. Индекс Чулицкой + 22 см, индекс Эрисмана + 8 см**. Определите наиболее вероятный возраст ребенка:**

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

**7.** Вес ребенка 19 кг, рост 109 см, окружность головы 50 см, окружность груди 55 см, высота головы – 1/6 часть роста, средняя точка тела на середине между пупком и симфизом. Индекс Эрисмана + 0,5 см, Филиппинский тест отрицательный**. Определите возраст ребенка:**

1) 4,5-5 лет 2) 3,5-4 лет 3) 6-7 лет 4) 8-9 лет 5) 10 лет

**8. Определите возраст ребенка-эйтрофика,** имеющего: вес 3400 г, рост 50 см, окружность головы 34 см, окружность груди 32 см, высота головы – 1/4 часть длины тела, средняя точка длины тела - на пупке:

1) новорожденный 2) 1 мес. 3) 3 мес. 4) 2 мес. 5) 1,5 мес.

**9. Определите возраст ребенка,** имеющего следующие показатели: вес 8200 г, рост 68 см, окружность головы 43 см, окружность груди 45 см, высота головы – 1/4 часть длины тела, средняя точка длины тела – на 0,5 см ниже пупка. Индекс Чулицкой + 21 см, индекс Эрисмана + 8 см:

1) 4-4,5 мес. 2) 6-6,5 мес. 3) 8-8,5 мес. 4) 9-10 мес. 5) 11-12 мес.

**10. Определить возраст ребенка,** имеющего вес 31 кг, рост 135 см, окружность головы 52,5 см, окружность груди 63 см, высота головы – 1/6 часть длины тела, средняя точка тела – на симфизе, индекс Эрисмана – 4,5 см, Филиппинский тест – положительный:

1) 11-12 лет 2) 9,5-10,5 лет 3) 5-6 лет 4) 7-8 лет 5) 14 лет

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для промежуточного контроля знаний по теме** «**Клиническое обследование ребёнка. Физическое развитие (ФР) как фактор здоровья. Закономерности ФР»**

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

# **Практическое занятие №9**

**Тема**: **Семиотика отклонений физического развития у детей**

**Форма контроля – собеседование**

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Отклонения в ФР по росту (нанизм, алиментарный субнанизм, гипостатура, гигантизм).
2. Отклонения в ФР по массе:

-гипотрофия, ее степени, клинические проявления;

- паратрофия, степени, клинические проявления;

- ожирение, степени ожирения у детей и подростков в зависимости от SDS индекса массы тела.

- степени ожирения у детей и подростков в зависимости от % избытка массы тела, определяемого центильным методом.

3. Понятие акселерации и ретардации физического развития.

4. Критерии здоровья и группы здоровья детей.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Написание рефератов, подготовка реферативных сообщений:

«Акселерация физического развития детей»

« Типы телосложения в процессе роста и типы конституции детей»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме «Семиотика отклонений физического развития у детей»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Для оценки физического развития практически здоровых детей при массовых осмотрах используются:**

1) индексы физического развития 2) сигмальные (параметрические) стандарты

3) центильные (непараметрические) стандарты 4) расчеты по формулам

**2. Низкий рост у детей обусловливается:**

1) хроническими заболеваниями 2) генетическими факторами

3) метеорологическими факторами 4) эндокринными факторами

5) острыми инфекциями

**3. О карликовости свидетельствуют следующие показатели величины роста:**

1) по сигмальному методу ниже 3,0 2) по сигмальному методу ниже 2,0

3) по центильному методу – ниже 3 центильного коридора и по сигмальной оценке – ниже 3,0

4) по центильному методу - ниже 10% 5) по центильному ниже коридора 25-10

**4. При какой величине массо-ростового показателя следует думать о наличии внутриутробной гипотрофии:**

1) – 45 2) – 50 3) – 55 4) – 60

**5. Объективно при гипотрофии I степени наблюдается:**

1) некоторая бледность кожных покровов 2) тургор тканей не изменен

3) тургор тканей снижен незначительно 4) эластичность кожи не изменена

5) общее самочувствие удовлетворительно, психомоторное развитие соответствует возрасту

**6. О гипотрофии II степени можно говорить, когда дефицит веса составляет:**

1) 10-19% 2) 20-29% 3) 30-39% 4) 40-49% 5) 50% и выше

**7. Гипостатурой для детей первого года жизни считается возрастное отставание:**

1) в росте 2) в массе 3) и в росте и в массе 4) в массе по отношению к росту

**8**. **При осмотре 6-месячного ребенка подкожно-жировой слой отсутствует на животе и конечностях.** Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие, легко собираются в складки. Тургор тканей, мышечная масса и мышечный тонус резко снижены. Масса тела по сравнению с нормой уменьшена на 23% (по отношению к росту). Как следует оценить состояние ребенка?

А – нормотрофия Б – паратрофия В – гипотрофия I степени Г - гипотрофия II степени

**9. В центильных таблицах показатель пониженной массы тела определяется в \_\_\_\_\_ коридоре (зоне)**

А) 2 Б) 5 В) 7 Г) 8

**10. По рекомендации ВОЗ ожирение у детей и подростков следует определять при SDS индекса массы тела**

А) > +2,0

Б) +1,0 - + 1,99

В) – 0,99 - + 0,99

Г) -1,99 – - 1,0

**11. Дефицит массы при третьей степени постнатальной гипотрофии составляет (%)**

А) более 30

Б) 20-30

В) 10-15

Г) 15-20

**12. Дефицит массы при 1 степени постнатальной гипотрофии составляет (%)**

А) 10-20

Б) 5-10

В) 20-30

Г) 30-40

**13. При гипотрофии 2 степени подкожно-жировой слой у детей сохраняется только на**

А) туловище

Б) лице

В) животе

Г) верхних конечностях

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний**

**по теме «Оценка общего состояния больного ребенка. Критерии тяжести состояния. Отклонения в физическом развитии детей»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 3,2 | **8.** | Г |
| **2.** | 1,2,3,4 | **9.** | А |
| **3.** | 3 | **10.** | А |
| **4.** | 1,2,3 | **11.** | А |
| **5.** | 3,4,5 | **12.** | А |
| **6.** | 2 | **13.** | Б |
| **7.** | 3 |  |  |

**Практическое занятие № 10**

**Тема**: **Оценка нервно-психического развития детей (НПР) разного возраста**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Морфологические особенности головного мозга в возрастном аспекте: особенности головного мозга у новорожденных, число нервных клеток головного мозга у новорожденных по сравнению со взрослым, особенности кровоснабжения мозга и отток крови у детей раннего возраста, проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей.

2. Порядок миелинизации различных путей в центральной нервной системе.

3. Возрастные особенности состава спинномозговой жидкости.

4. Показатели нервно-психического развития детей первого года жизни, их динамика:

зрительный анализатор (Аз), слуховой анализатор (Ас), эмоции (Э), движения общие (До),

движения руки и действия с предметами (Др), речь активная (Ра), понимание речи (Рп),

навыки и умения в процессах (Н).

5. Показатели нервно-психического развития детей второго и третьего года жизни, их динамика:

сенсорное развитие, движения, игра и действия с предметами, активная речь, навыки.

6. Качественно-количественная оценка психического развития детей 1-2-3 года жизни.

7. Показатели нервно-психического (интеллектуального) развития детей старше 3-х лет, их динамика: мышление и речь, внимание и память, социальные контакты, моторика, нервно-психическое здоровье.

8. Оценка нервно-психического развития детей старше 3-х лет

9. Факторы, влияющие на нервно-психическое развитие: генетические, гипоксия плода и новорожденного, внутричерепная родовая травма, вскармливание на первом году жизни, нейроинфекции, воспитание.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями и ситуационными задачами для контроля качества подготовки к занятию
* Написание рефератов, подготовка реферативных сообщений:
* «Синдромы поражения ЦНС у новорожденных и детей первого года жизни»
* «Исследования функции черепных нервов у детей разного возраста»
* «Синдромы нарушения сознания»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний по теме «Оценка нервно-психического развития детей (НПР) разного возраста»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми:**

1) выше 2) ниже 3) такая же

**2. Головной мозг новорожденного относительно массы тела:**

1) малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины

2) больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, большой глубины

3) больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, малой глубины

4) малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, большой глубины

**3. Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:**

1) кровоснабжение лучше, отток лучше 2) кровоснабжение лучше, отток хуже

3) кровоснабжение хуже, отток хуже 4) кровоснабжение хуже, отток лучше

**4. Головной мозг новорожденных детей по сравнению со взрослыми имеет следующие особенности:**

1) лобные доли относительно меньше, затылочные – больше

2) лобные доли относительно больше, затылочные – меньше

3) лобные и затылочные доли развиты как у взрослого

4) мозжечок развит слабо, боковые желудочки больше

5) мозжечок развит хорошо, боковые желудочки малы

**5. Клетки спинномозговой жидкости у детей раннего возраста представлены:**

1)нейтрофилами 2)лимфоцитами 3) лимфоцитами и нейтрофилами

**6. Движения новорожденного ребенка:**

1) атетозоподобные 2) целенаправленные 3) хаотичные 4) генерализированные

**7. Установите соответствие.**

Развитие моторики на 1-мо году жизни Возраст (в мес.)

1) держит головку а) 1

2) сидит б) 1,5-2

3) ползает в) 3

4) стоит г) 4

5) ходит д) 6

е) 7-8

ж) 8-9

з) 11-12

Ответы: 1.\_\_\_\_\_\_, 2.\_\_\_\_\_\_\_, 3.\_\_\_\_\_\_\_, 4.\_\_\_\_\_\_\_\_, 5.\_\_\_\_\_\_\_.

**Выберите правильные ответы**

**8. Перечислите признаки подготовительного этапа развития активной речи:**

1) поисковая зрительная реакция на вопрос «Где?»

2) выполнение поручений «Найди», «Положи»

3) произнесение отдельных слов 4) лепет 5) гуление

**9. «Сенсорная речь» - это:**

1) произнесение отдельных слов 2) ответные действия на просьбу взрослого

3) поисковая зрительная реакция на вопрос «где?»

4) связывание слов в предложение 5) связывание слов с определенным предметом

**10. У ребенка моторная речь появляется чаще в возрасте:**

1) 5 – 6 мес. 2) 7 – 8 мес. 3) 8 – 9 мес. 4) 10 – 12 мес. 5) 12 – 15 мес.

**11. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 месяц:**

1) вздрагивает при резком звуке

2) совершает ищущие повороты головы на звук

3) хорошо удерживает голову в вертикальном положении

4) появляется прослеживание взором за движущимся предметом

5) фиксирует взор на ярком предмете

6) появляется улыбка при спокойном бодрствовании

7) вызываются рефлексы новорожденного

**12. Показатели нервно-психического развития ребенка в 3 месяца:**

1) лежа на животе поднимает голову и опирается на предплечья

2) на общение отвечает «комплексом оживления»

3) переворачивается с живота на спину

4) гулит 5) отличает мать и близких от чужих

**13. Показатели нервно-психического развития ребенка в 6 месяцев:**

1) ест с ложки 2) произносит отдельные слоги

3) ползает 4) узнает голос матери

5) берет в руку игрушку, размахивает ею

6) поворачивается со спины на живот и обратно

**14. Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 месяцев:**

1) самостоятельно ходит 2) пьет из чашки самостоятельно

3) встает и стоит с поддержкой 4) знает 10 – 12 слов

5) дает знакомый предмет по просьбе взрослого

**15. К 2 - 3 месяцам жизни исчезают следующие рефлексы, кроме:**

1) ладонно-ротового рефлекса Бабкина 2) хватательного рефлекса

3) рефлекса опоры 4) рефлекса автоматической походки

5) рефлекса Бабинского

**16. К какому возрасту у ребенка исчезает рефлекс Бабинского?**

1) к 6 месяцам 2) к 8 месяцам 3) к 1 году 4) к 2 годам 5) к 6 годам

**17. Показатели психомоторного развития, характеризующие ребенка в возрасте 7 месяцев:**

1) пьет самостоятельно из чашки 2) произносит 8-10 слов

3) ползает 4) перекладывает игрушку из рук в руки

5) на вопрос “где” находит предмет

**18. Показатели психомоторного развития, характеризующие ребенка в возрасте 8 месяцев:**

1) самостоятельно садится 2) громко произносит слоги

3) пытается рисовать 4) самостоятельно держит в руках сухарик

5) ходит, держась за опору

**19. Ребенок в 11 месяцев обладает следующими навыками и умениями:**

1) сам держит сухарик 2) пьет из чашки с помощью взрослого

3) самостоятельно расстегивает пуговицы

4) самостоятельно удерживает при мытье рук кусок мыла

**20. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 год:**

1) самостоятельно ест ложкой 2) самостоятельно пьет из чашки

3) произносит 5-10 слов 4) приседает, наклоняется, перешагивает через препятствия

5) начинает ходить самостоятельно

**21. Уровень движений у ребенка 1 года 6 месяцев:**

1) перешагивает через препятствие приставным шагом

2) переступает через препятствие высотой 15-20 см

3) ходит долго, меняет положение (приседает, наклоняется)

4) умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см

5) прыгает, отталкиваясь одной ногой

**22. Уровень сенсорного развития ребенка 1 года 6 месяцев:**

1) различает по величине три предмета 2) подбирает предмет по предлагаемой форме

3) подбирает разнообразные предметы 4 цветов 4) называет 4 основных цвета

5) подбирает цвет по предлагаемому образцу

**23. Уровень сенсорного развития ребенка 2 лет:**

1) подбирает по образцу предметы 4 цветов 2) называет 4 основных цвета

3) описывает предлагаемые картинки 4) рассказывает действия персонажей сказки

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний по теме:**

**«Нервно-психическое развитие детей»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1 | **9.** | 2, 3, 5 | **17.** | 3, 4, 5 |
| **2.** | 3 | **10.** | 4 | **18.** | 1, 2, 4 |
| **3.** | 2 | **11.** | 1, 4, 5, 6, 7 | **19.** | 1, 2 |
| **4.** | 1, 4 | **12.** | 1, 2, 4 | **20.** | 1, 2, 3, 5 |
| **5.** | 2 | **13.** | 1, 2, 4, 5, 6 | **21.** | 1, 3 |
| **6.** | 1, 3, 4 | **14.** | 3, 5 | **22.** | 1 |
| **7.** | 1-б, 2-д, 3-е, 4-ж, 5-з | **15.** | 5 | **23.** | 1 |
| **8.** | 4, 5 | **16.** | 4 |  |  |

**Ситуационные задачи для промежуточного контроля знаний** **по теме:**

**« Оценка нервно-психического развития детей (НПР) разного возраста»**

**1. Определите примерный возраст ребенка, имеющего следующие показатели НПР:**

Сидит самостоятельно, поворачивается с живота на спину, ползает. Берет игрушки из различных положений, перекладывает игрушки из одной руки в другую. Различает строгую и ласковую интонацию обращенной к нему речи, узнает голос матери. Произносит отдельные слоги многократно, на вопрос “где” находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте. Пьет из чашки, которую держит взрослый, берет пищу губами с ложки при кормлении.

**2**. **Определите примерный возраст ребенка, имеющего следующие показатели НПР:**

Лежа на животе, поднимает голову и опирается на предплечья, хорошо удерживает голову в вертикальном положении на руках у взрослого. На общение отвечает «комплексом оживления», узнает мать. Поворачивает голову в сторону источника звука, громко смеется. Гулит. Захватывает подвешенную игрушку.

**3. Определите примерный возраст ребенка, имеющего следующие показатели:**

Масса ребенка 17 кг, рост 103 см. Называет предметы по картинке, умеет группировать предметы по классам (животные, птицы, машины), речь фразовая. Танцует, прыгает, поднимается и опускается по лестнице чередующимся шагом. Самостоятельно одевается, иногда застегивает пуговицы без помощи взрослого. С помощью пластилина, карандаша изображает простые предметы и называет их. Стихи запоминает довольно быстро. Общительный, играет с детьми, не ссорясь. В постель ночью не мочится.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам для промежуточного контроля знаний**

* + - 1. 7 месяцев 2. 4 месяца 3. 4 года

**Ситуационные задачи для заключительного контроля знаний по теме:**

**«Оценка нервно-психического развития детей (НПР) разного возраста»**

**Задача № 1**

Ребенку 9 месяцев, рост 71 см, масса 9150,0. Родился с массой 3100,0, длиной тела 50 см, от 3 беременности (1 беременность закончилась мед. абортом, вторая – выкидышем), быстрых родов, на 7 баллов по шкале Апгар. В настоящее время произносит отдельные слоги, повторяет их различными интонациями, знает своих близких, выполняет несложные задания по просьбе взрослого: “ладушки”, “дай ручку”, “до свидания”. Не ползает. Пытается встать в кроватке.

Вопросы: 1.**Оцените анамнез жизни ребенка. 2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.**

**Задача № 2**

**Оцените нервно-психическое развитие ребенка 7 месяцев**, имеющего следующие показатели: Сидит самостоятельно, поворачивается с живота на спину, не ползает. Берет игрушки из различных положений, перекладывает игрушки из одной руки в другую. Различает строгую и ласковую интонацию обращенной к нему речи, узнает голос матери. Произносит отдельные слоги многократно, на вопрос “где” не может найти предмет, лежащий в определенном месте. Пьет из чашки, которую держит взрослый, берет пищу губами с ложки при кормлении.

**Задача № 3**

**Оцените нервно-психическое развитие ребенка**:

Ребенку 2 года. Умеет частично одеваться и раздеваться с небольшой помощью взрослого, умеет пользоваться горшком. Отвечает на вопросы взрослого при рассматривании картинки, пользуется отдельными словами, изредка – двухсловными предложениями. Подвижный, преодолевает препятствия, чередуя шаг. Умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте 15 см над полом. Играя, воспроизводит ряд логически связанных действий. Различает три разных по величине предмета. Цвета не различает.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам для заключительного контроля знаний**

**по теме:** **«Оценка нервно-психическое развитие детей»**

**Эталон к задаче № 1**

Анамнез неблагоприятный (отягощенный акушерский анамнез у матери, быстрые роды, ребенок родился в асфиксии легкой степени).

Физическое развитие (долженствующий рост 71-72,5 см, долженствующая масса 8950,0) нормальное с учетом роста и массы.

Отмечается отставание в развитии статики и моторики. Нервно-психическое развитие (НПР) 2 группа, 1 степень задержки.

**Эталон к задаче № 2**

Нервно-психическое развитие (НПР) 2 группа, 1 степень задержки. Задержка в развитии моторики (не умеет ползать) и понимании речи.

**Эталон к задаче № 3**

Нервно-психическое развитие (НПР) 2 группа, 1 степень задержки (отклонения в сенсорном раз- витии и развитии речи).

# **Практическое занятие № 11**

**Тема: Семиотика отклонений нервно-психического развития детей. Лабораторные и инструментальные методы исследования нервной системы.**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Факторы, влияющие на нервно-психическое развитие: генетические, гипоксия плода и новорожденного, внутричерепная родовая травма, вскармливание на первом году жизни, нейроинфекции, воспитание.

2. Отклонения в психическом развитии детей: задержка темпа психического развития, моторная и сенсомоторная алалия, олигофрения (умственная отсталость).

3. Понятие энцефалопатии.

4. Синдромы поражения ЦНС у новорожденных и детей первого года жизни: гипервозбудимости, мышечной гипотонии, мышечной гипертонии, мышечной дистонии, мозжечковых двигательных нарушений, гидроцефальный, судорожный, вегетативно-висцеральных нарушений, минимальной мозговой дисфункции (ММД).

5. Менингеальный синдром: гипертермия, головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний). У грудных детей: напряжение большого родничка, двигательное беспокойство, судороги, нарушение сознания.

6. Синдромы нарушения сознания: возбуждение с эйфорией, возбуждение с негативизмом, сомнолентность, ступор, сопор, кома.

7. Дополнительные методы исследования нервной системы:

а) рентгенологические: обзорная краниография, спондилография, ангиография головного мозга, пневмоэнцефалография, компьютерная томография головного мозга;

б) метод ядерного магнитного резонанса;

в) ультразвуковые – эхоэнцефалоскопия;

г) электрофизиологические – электроэнцефалография (ЭЭГ),

реоэнцефалография (РЭГ);

д) исследование спинномозговой жидкости.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с ситуационными задачами для контроля качества подготовки к занятию
* Написание рефератов, подготовка реферативных сообщений:
* «Синдромы поражения ЦНС у новорожденных и детей первого года жизни»
* «Исследования функции черепных нервов у детей разного возраста»
* «Синдромы нарушения сознания»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Ситуационные задачи для контроля знаний по теме:**

«**Семиотика отклонений нервно-психического развития детей. Лабораторные и инструментальные мето**ды **исследования нервной системы»**

**Задача № 1**

Ребенку 9 месяцев, рост 71 см, масса 9150,0. Родился с массой 3100,0, длиной тела 50 см, от 3 беременности (1 беременность закончилась мед. абортом, вторая – выкидышем), быстрых родов, на 7 баллов по шкале Апгар. В настоящее время произносит отдельные слоги, повторяет их различными интонациями, знает своих близких, выполняет несложные задания по просьбе взрослого: “ладушки”, “дай ручку”, “до свидания”. Не ползает. Пытается встать в кроватке.

Вопросы: 1.**Оцените анамнез жизни ребенка. 2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.**

**Задача № 2**

**Оцените нервно-психическое развитие ребенка 7 месяцев**, имеющего следующие показатели: Сидит самостоятельно, поворачивается с живота на спину, не ползает. Берет игрушки из различных положений, перекладывает игрушки из одной руки в другую. Различает строгую и ласковую интонацию обращенной к нему речи, узнает голос матери. Произносит отдельные слоги многократно, на вопрос “где” не может найти предмет, лежащий в определенном месте. Пьет из чашки, которую держит взрослый, берет пищу губами с ложки при кормлении.

**Задача № 3**

**Оцените нервно-психическое развитие ребенка**:

Ребенку 2 года. Умеет частично одеваться и раздеваться с небольшой помощью взрослого, умеет пользоваться горшком. Отвечает на вопросы взрослого при рассматривании картинки, пользуется отдельными словами, изредка – двухсловными предложениями. Подвижный, преодолевает препятствия, чередуя шаг. Умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте 15 см над полом. Играя, воспроизводит ряд логически связанных действий. Различает три разных по величине предмета. Цвета не различает.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам для заключительного контроля знаний по теме:** **«**«**Семиотика отклонений нервно-психического развития детей. Лабораторные и инструментальные мето**ды **исследования нервной системы»**

**Эталон к задаче № 1**

Анамнез неблагоприятный (отягощенный акушерский анамнез у матери, быстрые роды, ребенок родился в асфиксии легкой степени).

Физическое развитие (долженствующий рост 71-72,5 см, долженствующая масса 8950,0) нормальное с учетом роста и массы.

Отмечается отставание в развитии статики и моторики. Нервно-психическое развитие (НПР) 2 группа, 1 степень задержки.

**Эталон к задаче № 2**

Нервно-психическое развитие (НПР) 2 группа, 1 степень задержки. Задержка в развитии моторики (не умеет ползать) и понимании речи.

**Эталон к задаче № 3**

Нервно-психическое развитие (НПР) 2 группа, 1 степень задержки (отклонения в сенсорном развитии и развитии речи).

# **Практическое занятие № 12**

**Тема**: **«Критерии здоровья. Итоговое занятие по по оценке ФР, НПР, физикальному обследованию ребенка»**

**Задания для подготовки к итоговому занятию по модулю «Методика клинического обследования детей»**

**Перечень примерных заданий по методике клинического обследования детей**

1. Клиническое обследование ребенка и методика исследования кожи, подкожной жировой клетчатки (цвет, влажность, эластичность, растяжимость, толщина подкожной клетчатки, тургор мягких тканей, периферические отеки).
2. Клиническое обследование ребенка и методика исследования системы пищеварения: осмотр и пальпация живота (поверхностная и глубокая пальпация), перкуссия печени по Курлову, аускультоперкуссия желудка, аускультация живота.
3. Клиническое обследование ребенка и методика исследования органов дыхания (пальпация грудной клетки, сравнительная перкуссия легких, топографическая перкуссия верхушек легких, аускультация легких).
4. Клиническое обследование ребенка и методика исследования сердечно-сосудистой системы: пальпация верхушечного толчка, исследование пульса, определение границ относительной и абсолютной сердечной тупости у детей, аускультация сердца, измерение артериального давления.
5. Клиническое обследование ребенка и методика исследования органов кроветворения у детей: пальпация лимфатических узлов, селезенки, печени, перкуссия печени по Курлову.
6. Клиническое обследование ребенка и методика исследования органов дыхания: пальпация грудной клетки, сравнительная перкуссия легких, экскурсия нижней границы легких, аускультация легких.
7. Клиническое обследование ребенка и методика исследования мочевой системы: пальпация периферических отеков, пальпация живота (почки, мочевой пузырь), пальпаторное и перкуторное исследование полостных отеков, измерение артериального давления.
8. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Критерии здоровья. Группы здоровья детей

**Перечень примерных заданий по оценке физического развития детей**

1. Возраст ребенка (девочка) 1 месяц. Рост 50 см, масса 3300 грамм, окружность головы 34,5 см, окружность грудной клетки 34 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
2. Возраст ребенка (мальчик) 1 месяц. Рост 53 см, масса 3800 грамм, окружность головы 35,5 см, окружность грудной клетки 35 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
3. Возраст ребенка 2 месяца (мальчик). Рост 54 см, масса 4100 грамм, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 38,5 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
4. Возраст ребенка 3 месяца (девочка). Рост 54 см, масса 3500 грамм, окружность головы 35,5 см, окружность грудной клетки 36 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
5. Возраст ребенка (мальчик) 3 месяца. Рост 59 см, масса 5355 грамм, окружность головы 38,5 см, окружность грудной клетки 38 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
6. Возраст ребенка (девочка) 3 месяца. Рост 59 см, масса 5355 грамм, окружность головы 38,5 см, окружность грудной клетки 38 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
7. Возраст ребенка (мальчик) 9 месяцев. Рост 63 см, масса 9240 грамм, окружность головы 44,5 см, окружность грудной клетки 46,5 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
8. Возраст ребенка (девочка) 9 месяцев. Рост 62 см, масса 9240 грамм, окружность головы 44,5 см, окружность грудной клетки 46,5 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
9. Возраст ребенка (девочка) 9 месяцев. Рост 64 см, масса 9240 грамм, окружность головы 45 см, окружность грудной клетки 47,5 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
10. Возраст ребенка (девочка) 9 месяцев. Рост 68 см, масса 9240 грамм, окружность головы 44,5 см, окружность грудной клетки 46,5 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
11. Возраст ребенка 9 месяцев (мальчик). Рост 68 см, масса 9500 грамм, окружность головы 46 см, окружность грудной клетки 48 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
12. Возраст ребенка 9 месяцев (мальчик). Рост 70 см, масса 9500 грамм, окружность головы 46 см, окружность грудной клетки 48 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
13. Возраст ребенка (девочка) 11 месяцев. Рост 72 см, масса 9300 грамм, окружность головы 46 см, окружность грудной клетки 48 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
14. Возраст ребенка 12 месяцев (мальчик). Рост 76,5 см, масса 9500 грамм, окружность головы 44 см, окружность грудной клетки 49 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
15. Возраст ребенка 12 месяцев (девочка). Рост 76,5 см, масса 9500 грамм, окружность головы 44 см, окружность грудной клетки 49 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
16. Возраст ребенка 3 года (девочка). Рост 90 см, масса 15 кг, окружность головы 50 см, окружность грудной клетки 50 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
17. Возраст ребенка 3 года (мальчик). Рост 90 см, масса 15 кг, окружность головы 50 см, окружность грудной клетки 50 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
18. Возраст ребенка 4 года (девочка). Рост 100 см, масса 16 кг, окружность головы 50 см, окружность грудной клетки 51 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
19. Возраст ребенка 4 года (мальчик). Рост 102 см, масса 20 кг, окружность головы 51см, окружность грудной клетки 53,5 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
20. Возраст ребенка 5 лет (девочка). Рост 111 см, масса 16 кг, окружность головы 49 см, окружность грудной клетки 53 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
21. Возраст ребенка 5 лет (девочка). Рост 111 см, масса 16 кг, окружность головы 49 см, окружность грудной клетки 53 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
22. Возраст ребенка 6 лет (мальчик). Рост 113 см, масса 23 кг, окружность головы 51 см, окружность грудной клетки 58 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
23. Возраст ребенка 7 лет (девочка). Рост 113 см, масса 23 кг, окружность головы 51 см, окружность грудной клетки 58 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
24. Возраст ребенка 7 лет (девочка). Рост 120 см, масса 25 кг, окружность головы 52,5 см, окружность грудной клетки 56 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
25. Возраст ребенка 7 лет (мальчик). Рост 125 см, масса 27 кг, окружность головы 53 см, окружность грудной клетки 60 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
26. Возраст ребенка 10 лет (девочка). Рост 145 см, масса 35 кг, окружность головы 52,5 см, окружность грудной клетки 62 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
27. Возраст ребенка 10 лет (мальчик). Рост 147 см, масса 35 кг, окружность головы 52,5 см, окружность грудной клетки 62 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
28. Возраст ребенка 11 лет (девочка). Рост 147 см, масса 35 кг, окружность головы 52,5 см, окружность грудной клетки 62 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
29. Возраст ребенка 12 лет (мальчик). Рост 136 см, масса 28 кг, окружность головы 54 см, окружность грудной клетки 65 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
30. Возраст ребенка 13 лет (девочка). Рост 148 см, масса 36 кг, окружность головы 54 см, окружность грудной клетки 67 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
31. Возраст ребенка 13 лет (мальчик). Рост 153 см, масса 36 кг, окружность головы 54 см, окружность грудной клетки 65 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.

**Пример клинической задачи для оценки данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни**

Девочке 4 месяца. Находится на обследовании в педиатрическом отделении.

Из анамнеза: ребенок от 8 беременности, 3 родов. Предыдущие беременности: 3 мед.аборта, 2 выкидыша, двое старших детей 10 и 5 лет (здоровы). На учет в женскую консультацию встала в сроке 10-11 недель. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания на сроке 20 недель, обострения пиелонефрита, ОРВИ (принимала антибактериальные препараты, точно указать название не может) в первом триместре. Возраст матери 37 лет. Возраст отца 42 года. Питание во время беременности хорошее, режим соблюдала. Продолжительность родов 8 часов. Безводный промежуток – 2 часа. Ребенок закричал сразу, крик громкий. Масса тела при рождении 2900г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения находится на естественном вскармливании. Домой выписаны на 3 сутки.

Генеалогический анамнез: у дяди по материнской линии врожденный порок сердца, у бабушки по материнской линии артериальная гипертензия, у дедушки по линии отца ишемическая болезнь сердца, у матери пиелонефрит, отец здоров.

Вакцинация не проводилась (отказ матери). В контакте с инфекционными больными в течение предшествующих 3 недель не были. Аллергологический анамнез: не отягощен.

С рождения у ребенка выслушивается грубый систолический шум в области сердца. На стационарное лечение поступает впервые. Вес – 5,0 кг, рост – 58 см, окружность груди 39,5 см. Положение активное. Телосложение правильное. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные, умеренной влажности, цианоз носогубного треугольника при плаче и сосании, акроцианоз. Голова округлой формы, большой родничок не напряжен, не выбухает, 1.5\*1.5 см, края плотные. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное с обеих сторон. Отмечается умеренная одышка смешанного характера при плаче и сосании. ЧДД 54 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2.5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – второе м/р, левая – 2.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум во всех аускультативных точках. Шум проводится в межлопаточную область слева, левую аксиллярную область. ЧСС 150 в мин. Аппетит снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Отеков нет. Почки не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

**Задание:** Оцените анамнез пациента, выделите факторы риска, которые могли способствовать развитию настоящего заболевания или отягощать его.

**Перечень примерных заданий по оценке нервно-психического развития детей**

1. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 2 месяцев.
2. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 3 месяцев.
3. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 4 месяцев.
4. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 5 месяцев.
5. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 6 месяцев.
6. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 7 месяцев.
7. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 8 месяцев.
8. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 9 месяцев.
9. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 10 месяцев.
10. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 11 месяцев.
11. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 12 месяцев.
12. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка первого года жизни по ведущим линиям: движения руки и действия с предметами.
13. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка первого года жизни по ведущим линиям: сенсорное развитие.
14. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка первого года жизни по ведущим линиям: моторное развитие.
15. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка первого года жизни по ведущим линиям: речевое развитие.
16. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка первого года жизни по ведущим линиям: движения руки и действия с предметами.
17. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка второго года жизни по ведущим линиям: развитие речи и сенсорное развитие.
18. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка второго года жизни по ведущим линиям: сенсорное развитие, игра и действия с предметами.
19. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка второго года жизни по ведущим линиям: движения.
20. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка по ведущим линиям: динамика развития навыков у ребенка первого и второго года жизни.
21. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка на третьем году жизни.
22. Опишите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в возрасте 6 лет.

**Рубежный контроль (образец билета)**

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра факультетской педиатрии

Дисциплина «Пропедевтика детских болезней»

Специальность 31.05.02. Педиатрия

Модуль «Методика клинического обследования детей» (4 семестр)

**БИЛЕТ №1**

1. Клиническое обследование ребенка и методика исследования кожи, подкожной жировой клетчатки (цвет, влажность, эластичность, растяжимость, толщина подкожной клетчатки, тургор мягких тканей, периферические отеки).
2. Возраст ребенка (мальчик) 1 месяц. Рост 53 см, масса 3800 грамм, окружность головы 35,5 см, окружность грудной клетки 35 см. Оцените физическое развитие центильным методом, методом сигмальных отклонений.
3. Укажите нормы нервно-психического развития ребенка первого года жизни по ведущим линиям: сенсорное развитие.
4. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Критерии здоровья. Группы здоровья детей. Выполните анализ данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни (Клиническая задача № 1).

Заведующий кафедрой

факультетской педиатрии д.м.н., профессор А.А. Вялкова

**Модуль 2.** **Анатомо-физиологические особенности, методика клинического обследования и семиотика поражения органов и систем у детей. Лабораторная и инструментальная диагностика в педиатрии**

# **Практическое занятие № 1**

**Тема:**  **Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений кожи, подкожной жировой клетчатки у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Особенности морфологического строения кожи и ее придатков у детей раннего возраста.

2. Функции кожи у детей по сравнению со взрослыми.

3. Особенности тактильной, температурной, болевой чувствительности.

4. Особенности подкожной жировой клетчатки у детей (наличие бурой жировой ткани, отношение п/к жирового слоя к массе тела, распределение клетчатки в зависимости от возраста и пола).

5. Методика исследования кожи и подкожной жировой клетчатки:

- расспрос;

- осмотр (окраска кожи и видимых слизистых, элементы сыпи, выраженность и распределение п/к жировой клетчатки), состояние волос и ногтей;

- пальпация: температура кожи, влажность, эластичность, эндотелиальные пробы («щипка», «жгута», молоточковая, проба Кожевниковой), толщина п/к жировой клетчатки в разных точках тела, консистенция жировой клетчатки, тургор мягких тканей, дермографизм, отеки;

- дополнительные методы исследования:

* калиперометрия

6.Особенности ухода за кожей ребенка раннего возраста.

7. Семиотика поражения кожи и подкожной жировой клетчатки: изменение цвета кожи, семиотика сыпей, изменение волос и ногтей, ограниченное уплотнение подкожно-жирового слоя (склерема).

8.Особенности ухода за кожей ребенка раннего возраста.

9.Дополнительные методы исследования кожи и подкожной жировой клетчатки:

* тепловидение
* пункционная, хирургическая биопсия кожи или кожно-мышечного препарата
* мазки-отпечатки или соскобы
* «кожное окно» - слежение за клеточной реакцией с участка микротравмирования кожи с помощью отпечатков
* кожные аллергопробы (скарификационные, внутрикожные, аппликационные)
* калиперометрия

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание - представить в виде таблицы:

- перечень параметров, определяемых у пациента при осмотре и пальпации кожи, подкожной жировой клетчатки у детей

* Написание рефератов, подготовка реферативных сообщений на темы:
* «Морфофункциональные особенности кожи и подкожной жировой клетчатки у детей раннего возраста. Особенности ухода за кожей».

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме «Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений кожи, подкожной жировой клетчатки у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Особенностями морфологического строения кожи детей раннего возраста являются:**

1) хорошее развитие базального слоя, слабое - зернистого

2) слабое развитие базального слоя, хорошее - зернистого

3) хорошее развитие базального слоя, хорошее - зернистого

**2. Физиологическими особенностями кожи детей раннего возраста являются:**

1) хорошо развита защитная функция

2) хорошо развита резорбция через кожу

3) несовершенна регуляция температуры тела через кожу

4) недостаточно развита выделительная функция

5) низкая интенсивность дыхания через кожу

**3. Укажите особенности сальных желез у грудных детей:**

1) начинают функционировать после рождения

2) распространены по всей коже, кроме ладоней и подошв

3) сконцентрированы на ладонях и подошвах

4) начинают функционировать внутриутробно

5) могут перерождаться в кисты

6) при избыточном функционировании возникает себорея волосистой части головы

**4. Укажите особенности потовых желез у детей раннего возраста:**

1) усиленное потоотделение в подмышечных впадинах, паховых складках

2) усиленное потоотделение на коже головы

3) достаточно выраженное функционирование с 3 – 4 месяцев

4) начинают функционировать внутриутробно

5) при рождении отсутствуют

6) при рождении количество желез такое же, как у взрослых

7) при рождении – недоразвитие выводных протоков

**5. У грудных детей легкость повреждения и инфицирования кожи связана с:**

1) кислой реакцией (рН) кожи 2) незрелостью местного иммунитета

3) тонкостью кожи 4) толстым, рыхлым, роговым слоем

5) склонностью к мацерации

**6. Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных в среднем:**

1) появляется на 1 – 2, исчезает на 5 – 7 день жизни

2) появляется на 2 – 3, исчезает на 7 – 10 день жизни

3) появляется на 4 – 5, исчезает на 10 – 14 день жизни

**7. Отношение подкожно-жирового слоя у детей к массе тела по сравнению со взрослыми:**

1) больше 2) меньше 3) такое же

**8. Особенностями подкожной жировой клетчатки у грудных детей являются:**

1) жировые клетки – мелкие, содержат ядра

2) жировые клетки крупные, не содержат ядра

3) относительная масса подкожной жировой клетчатки больше, чем у взрослых

4) относительная масса подкожной жировой клетчатки меньше, чем у взрослых

5) сохранение в подкожной жировой клетчатке участков эмбриональной ткани

6) отсутствие бурой жировой ткани

**9. В грудной, брюшной полостях и забрюшинном пространстве скопление жировой клетчатки почти отсутствует:**

1) до 2-3 летнего возраста 2) до 4-5 летнего возраста

3) до 5-7 летнего возраста 4) до 9-10 летнего возраста

**10. У детей раннего возраста дерма имеет:**

1) преимущественно волокнистую структуру 2) преимущественно клеточную структуру

3) толстые коллагеновые волокна 4) слабо развитые эластичные волокна

**11. Наибольшее скопление бурой жировой ткани у новорожденных детей**

**находятся:**

1) вокруг тимуса и щитовидной железы 2) в межлопаточном пространстве

3) на руках и ногах 4) в задней шейной области 5) вокруг почек

**12. Кожа у здоровых новорожденных:**

1) после снятия смазки красная с цианотичным оттенком

2) после снятия смазки бледная с цианотичным оттенком

3) несколько отечная

4) бедна водой

5) желтушна в первый день жизни

**13. Бурая жировая ткань гистологически характеризуется:**

1) многочисленность жировых вакуолей 2) большими размерами вакуолей

3) малыми размерами вакуолей 4) малочисленность жировых вакуолей

5) богатством клеток митохондриями

**14. Кожа здорового новорожденного характеризуется:**

1) более тонким эпидермисом, чем у взрослых

2) более толстым эпидермисом, чем у взрослых

3) базальный слой выражен плохо

4) зернистый слой выражен слабо

**15. Под тургором мягких тканей понимают:**

1) ощущение сопротивления, получаемое при сдавливании кожи и подкожной клетчатки

2) ощущение при надавливании мягких тканей к близколежащей кости

3) ощущение эластичности

4) ощущение своеобразного треска - крепитации при надавливании

5) ощущение упругости при сдавливании всех мягких тканей

**Выберите правильный ответ:**

**16. Сальные железы начинают функционировать у детей**

А) ещѐ до рождения

Б) с рождения

В) с 3 месячного возраста

Г) с 3-5 лет

**17. Функциональной особенностью кожи детей раннего возраста является**

А) низкая интенсивность дыхательной функции

Б) сниженная резорбционная функция

В) несовершенство терморегуляции через кожу

Г) зрелость регуляции температуры тела через кожу

**18. Предрасположенность детей раннего возраста к перегреванию** объясняется

А) несовершенством регуляции температуры тела через кожу

Б) недостаточным кровоснабжением

В) слабым развитием подкожного жира

Г) повышенным потоотделением

**19.У новорожденных лучше других развита функция кожи**

А) резорбтивная

Б) терморегулирующая

В) бактерицидная

Г) выделительная

**20. Особенностью кожи новорожденных является**

А) недостаточное кровоснабжение

Б) склонность к шелушению и мацерации

В) хорошее развитие потовых желез

Г) плотная связь между эпидермисом и дермой

**21. Функциональной особенностью кожи детей раннего возраста является**

А) слабо выраженная защитная функция

Б) зрелость терморегуляции

В) низкая интенсивность дыхательной функции

Г) сниженная резорбционная функция

**22. Для сальных желез у грудных детей характерно**

А) распространение по всей коже, кроме ладоней и подошв

Б) равномерное распространение по всей коже

В) наибольшее распространение на коже ладоней и подошв

Г) наибольшее распространение на проксимальных отделах конечностей

**23. Сальные железы начинают функционировать с**

А) 7 месяца внутриутробного развития

Б) 1 месяца жизни

В) 35-37 недели гестации

Г) 3-4 месяца жизни

**24. Особенностью сальных желез у детей раннего возраста является**

А) возможность перерождаться в кисты

Б) преимущественная концентрация на коже подошв и ладоней

В) морфологическая незрелость к рождению

Г) распространение по всей коже

**25. Особенностью жировой ткани у грудных детей является**

А) менее плотная консистенция подкожного жира, чем у взрослых

Б) меньшая относительная масса подкожной жировой клетчатки, чем у взрослых

В) большая относительная масса подкожной жировой клетчатки (на 1 кг массы тела), чем у взрослых

Г) хорошее развитие жировой ткани в брюшной и грудной полостях

**26. Признаком незрелости новорождённого ребёнка является**

А) выраженная пушковость на коже

Б) шелушение кожи

В) наличие «монголоидных» пятен

Г) увеличение размеров большого родничка

**27. Особенностью жировой ткани у новорожденных по сравнению с детьми старшего возраста является**

А) большее количество бурой жировой ткани

Б) меньшее количество бурой жировой ткани

В) хорошее развитие жировой ткани вокруг внутренних органов

Г) меньшая относительная масса жировой ткани

**28. Бурая жировая клетчатка у детей**

А) обеспечивает несократительный термогенез

Б) обеспечивает сократительный термогенез

В) увеличивается с возрастом ребенка

Г) локализуется на передней поверхности грудной клетки

**29. Функциональной особенностью жировой ткани и подкожного жира у детей раннего возраста является**

А) хорошая защита при воздействии механических факторов (падения, ушибы и др.)

Б) хорошая опора для внутренних органов

В) хорошая функция сбережения тепла

Г) недостаточная функция энергетического и нутриентного обеспечения

**30. Особенностью подкожно-жировой клетчатки у девочек после 7-8 лет является**

А) равномерное распределение по всему телу

Б) распределение неравномерное со скоплением в области ягодиц, живота, бедер

В) большее количество подкожного жира в верхней половине туловища

Г) неравномерное распределение со скоплением на щеках и верхних конечностях

**31. Цвет кожи в физиологической ситуации зависит от количества**

А) меланина

Б) билирубина

В) коллагена

Г) эластина

**32. Цвет кожи в физиологической ситуации зависит от**

А) глубины залегания подкожных сосудов

Б) количества билирубина

В) количества коллагена

Г) количества эластина

**33. Физиологическим транзиторным состоянием кожи новорожденных считается**

А) желтуха

Б) склерема

В) пиодермия

Г) адипонекроз

**34. Физиологическим транзиторным состоянием кожи новорожденных считается**

А) эритема

Б) адипонекроз

В) склередема

Г) пузырчатка

**35. Физиологическим транзиторным состоянием кожи новорожденных считается**

А) эпидермолиз

Б) склередема

В) шелушение

Г) везикулопустулез

**36. Пушковые волосы у зрелого новорожденного ребенка к рождению**

А) остаются на плечах и спине

Б) должны исчезнуть полностью

В) остаются только на лице

Г) покрывают все тело

**37. Относительная площадь поверхности тела (на 1 кг массы тела) с возрастом ребенка**

А) уменьшается

Б) увеличивается

В) не изменяется

Г) до 5 лет увеличивается, затем уменьшается

**38. Легкая смещаемость внутренних органов у детей раннего возраста объясняется слабостью**

А) опорной жировой ткани

Б) костных структур

В) мышц

Г) связочного аппарата

**39. Легкость повреждения и инфицирования кожи у грудных детей связана с**

А) тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета

Б) толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета

В) тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи

Г) толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью

**40. Прибор для измерения толщины кожной складки называют**

А) пикфлоуметром

Б) динамометром

В) толстотным циркулем

Г) калиперометром

**41. Округлые формы тела у детей грудного возраста объясняются**

А) большим удельным весом подкожной клетчатки по отношению к массе тела

Б) большим размером жировых клеток, активностью ребѐнка

В) меньшей толщиной кожи

Г) малой двигательной активностью ребѐнка

**42. Снижение тургора тканей отмечается при**

А) эксикозе

Б) рахите

В) анемии

Г) гипотиреозе

**43.особенностью кожи детей раннего возраста является**

А) тонкий эпидермис

Б) плотная связь между эпидермисом и дермой

В) недостаточное кровоснабжение

Г) достаточное развитие зернистого слоя эпидермиса

**Выберите правильный ответ**

**44.Элемент сыпи, представляющий собой полостное образование размером до 5 мм, заполненное содержимым, является**

А) пузырьком (везикулой)

Б) папулой

В) розеолой

Г) бугорком

**45.Наличие геморрагий на коже свидетельствует о патологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ системы**

А) свѐртывающей

Б) иммунной

В) дыхательной

Г) пищеварительной

**46.Признаком незрелости новорождённого ребёнка является**

А) выраженная пушковость на коже

Б) шелушение кожи

В) наличие «монголоидных» пятен

Г) увеличение размеров большого родничка

**47.Легкость повреждения и инфицирования кожи у грудных детей связана с**

А) тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета

Б) толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета

В) тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи

Г) толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью

**48 Для ветряной оспы характерны следующие элементы сыпи**

А) пятно, папула, везикула

Б) пятно, петехия, рубчик

В) петехии, некроз, рубчик

Г) розеола, уртикария, пустула

**49. Снижение тургора тканей отмечается при**

А) эксикозе

Б) рахите

В) анемии

Г) гипотиреозе

**50.Предрасположенность детей раннего возраста к перегреванию объясняется**

А) несовершенством регуляции температуры тела через кожу

Б) недостаточным кровоснабжением

В) слабым развитием подкожного жира

Г) повышенным потоотделением

**51. Под склеремой понимается:**

1) ограниченное уплотнение подкожно-жирового слоя

2) уплотнение, захватывающее всю подкожно-жировую клетчатку

3) исчезновение подкожно-жирового слоя

4) отечность подкожно-жирового слоя

5) избыточное образование подкожно-жирового слоя

**52. Местное повышение температуры у детей наблюдается при:**

1) воспалении суставов

2) спазме сосудов

3) поражении центральной нервной системы

4) поражении периферической нервной системы

**Выберите правильные ответы**

**53. Клинические признаки дегидрадации:**

1) снижение массы тела на 5% и более 2) увеличение массы циркулирующей крови

3) потеря тургора тканей 4) сухость склер и слизистых

5) увеличение диуреза

**Установите правильную последовательность:**

**54. При голодании подкожно-жировой слой исчезает у детей в следующей**

**последовательности:**

а­) лицо б) туловище в) живот г) конечности

**Выберите правильные ответы**

**55. Объективно при гипотрофии 1 степени наблюдается**:

1) некоторая бледность кожных покровов

2) тургор тканей не изменен

3) тургор тканей незначительно снижен

4) эластичность кожи не изменена

5) общее самочувствие удовлетворительное, психомоторное развитие соответствует возрасту

**56. О гипотрофии 2 степени можно говорить, когда дефицит массы составляет:**

1) 10 - 19% 2) 20 - 29% 3) 30 - 39% 4) 40 - 49% 5) 50% и выше

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для контроля знаний по теме**

**«Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений кожи, подкожной жировой клетчатки у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1 | **21.** | А | **41.** | А |  |
| **2.** | 2, 3, 4 | **22.** | А | **42.** | А |  |
| **3.** | 2, 4, 5, 6 | **23.** | А | **43.** | А |  |
| **4.** | 2, 3, 6, 7 | **24.** | А | **44.** | 1 |  |
| **5.** | 2, 3, 5 | **25.** | В | **45.** | 1 |  |
| **6.** | 2 | **26.** | А | **46.** | 1 |  |
| **7.** | 1 | **27.** | А | **47.** | 1 |  |
| **8.** | 1, 3, 5 | **28.** | А | **48.** | 1 |  |
| **9.** | 3 | **29.** | А | **49.** | 1 |  |
| **10.** | 2, 4 | **30.** | Б | **50.** | 1 |  |
| **11.** | 1, 2, 4, 5 | **31.** | А | **51.** | 1 |  |
| **12.** | 1, 3 | **32.** | А | **52.** | 1 |  |
| **13.** | 1, 3, 5 | **33.** | А | **53.** | 1.3.4 |  |
| **14.** | 1, 4 | **34.** | А | **54.** | в,б,г,а |  |
| **15.** | 5 | **35.** | В | **55.** | 3,4,5 |  |
| **16.** | А | **36.** | А | **56.** | 2 |  |
| **17.** | В | **37.** | А |  |  |  |
| **18.** | А | **38.** | А |  |  |  |
| **19.** | А | **39.** | А |  |  |  |
| **20.** | Б | **40.** | Г |  |  |  |

**Ситуационные задачи для контроля знаний по теме:**

«**Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений кожи, подкожной жировой клетчатки у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

**Задача № 1**

**Маша К. 5 месяцев**. Поступила в клинику с жалобами матери на плохое прибавление в массе, пониженный аппетит и неустойчивый стул. Девочка от первой беременности, родилась с массой 3500 г. рост 50 см. Период новорожденности протекал благоприятно. До одного месяца находилась на грудном вскармливании. В 2-х месячном возрасте перенесла кишечную инфекцию, в 3 месяца - пневмонию. За первый месяц прибавила в массе 500 г, за 2 и 3 месяц по 400 г, за 4-й месяц - 300 г. Головку начала держать с четырех месяцев. Масса при поступлении в клинику 5200 г. рост 52 см. Девочка редко улыбается, обычно скучна, вяло реагирует на обследование, плохо и мало спит. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая, потерявшая эластичность, легко собирается в складки. Мышечный тонус дряблый. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на туловище и конечностях, тургор тканей снижен. Во рту молочница. Аппетит значительно снижен. При пальпации живот мягкий, печень и селезенка пальпируются на 1,5-2 см ниже реберной дуги. Стул 4-5 раз в сутки желто-зеленого цвета, с неприятным запахом.

**Оцените**:

1. Физическое развитие ребенка.

2. Состояние кожи и подкожной клетчатки.

3. Есть ли у ребенка дефицит массы и какой степени гипотрофии это соответствует?

4. Какие факторы способствовали развитию гипотрофии?

**Задача № 2**

**Марина С., 6 месяцев** поступила в стационар по поводу бронхита. При осмотре ребенка в приемном покое дежурный врач выявил следующее: кожные покровы бледно-розовые, на щеках гипермия, шелушение, единичные папулы 0,2-0,3 см. Толщина подкожно-жировой клетчатки под ключицей 2,5 см, на животе 3,0 см, на внутренней поверхности бедра 4,0 см. Тургор мягких тканей умеренно снижен. Масса ребенка 9800,0 г, рост 69 см. Родилась с массой 3300,0, длиной тела 50 см.

**Вопросы:**

1. Оцените физическое развитие ребенка.

2. Оцените состояние кожи и подкожно-жировой клетчатки.

**Задача № 3**

**Ребенку 4 месяца**. При рождении масса 3300,0 г, рост 52 см. Роды в срок, протекали без осложнений. Находился на грудном вскармливании, но плохо прибавлял в массе, часто срыгивал. Контрольное кормление не проводилось. Объективно: бледность кожных покровов, несколько снижена эластичность кожи, тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой на уровне пупка - 0,3 см, на бедрах - 0,8 см, мышечная гипотония, сухость кожи, масса - 4800,0 г, рост 58 см. Индекс Л.И.Чулицкой - 4.

**Вопросы:**

1. Укажите системы поражения.

2. Определите:

а) долженствующую массу ребенка; б) дефицит массы в %; в) степень гипотрофии.

3. О чем свидетельствует индекс Чулицкой и чему он равен у ребенка первого года жизни?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме «Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений кожи, подкожной жировой клетчатки у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Долженствующий рост = 50 + 3 х 3 + 2,5 х 2 = 64 см.

Долженствующая масса = 3500 + 600 + 800 х 2 + 750 + 700 = 7150 г.

Девочка отстает в росте, массе, а также в развитии статики и моторики.

2. У ребенка имеются клинические признаки гипотрофии 2-3 степени.

3. Дефицит массы у ребенка = 7150 - 5290 = 1950 г., что в процентах составляет

1950 х 100 = 27,1 % и соответствует 2-3 степени гипотрофии.

7150

4. Причинами гипотрофии явились искусственное вскармливание, частые инфекционные заболевания, дисфункции кишечника в настоящее время.

**Эталон к задаче № 2**

1. Долженствующий рост = 68-69,5 см. Фактический рост 69 см.

Долженствующая масса тела 8200,0. Фактическая - 9800,0.

Избыток массы 1600,0 или 19,4%, что свидетельствует о паратрофии.

2. Поражены кожа (высыпания), подкожно-жировая клетчатка (избыточное ее развитие).

**Эталон к задаче № 3**

1. Системы поражения: кожа и подкожная клетчатка, мышечная система.

2. Долженствующая масса = 3300,0 + 600,0 + 800,0 х 2 + 750,0 = 6250,0.

Дефицит массы = 6250,0 - 4800,0 = 1450,0 или 23%, что соответствует гипотрофии 2 степени.

3. Индекс Чулицкой или индекс упитанности в норме равен 20-25 см.

# **Практическое занятие № 2**

**Тема: Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной системы у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений костной и мышечной системы у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Особенности строения и развития мышечной системы (отношение массы мышц к массе тела у детей и взрослых, распределение мышечной ткани у детей разного возраста, особенности тонуса мышц у новорожденных, особенности биохимического состава мышц у детей).

2. Функциональные особенности мышечной системы у детей, их клиническое значение.

3. Последовательность развития мышц у детей и ее клиническое значение.

4. Особенность гармоничности движений в период полового созревания.

5. Факторы, способствующие нормальному развитию мышц у детей и подростков (массаж, гимнастика, дозированные физические нагрузки, питание).

6. Методика исследования мышечной системы:

- расспрос;

- осмотр: степень развития мышц, симметричность развития одноименных групп мышц, форма живота, положение лопаток, двигательная активность, положение конечностей;

- пальпация: пластический тонус, динамический тонус, сила мышц.

9. Особенности остеогенеза у детей. Факторы, влияющие на остеогенез.

10. Понятие костного возраста.

11. Особенности строения и функций костной системы у детей (кровоснабжение костей, функциональная активность надкостницы), их клиническое значение

12. Особенности черепа новорожденного (швы, роднички).

13. Особенности формирования детского скелета.

14. Сроки и порядок прорезывания молочных и постоянных зубов.

15. Методика исследования костной системы у детей старшего возраста:

- осмотр: форма и величина головы, прикус, состояние зубов, форма грудной клетки, величина эпигастрального угла, осанка (положение плеч, лопаток, треугольники талии), форма и длина конечностей, конфигурация суставов, плоскостопие (плантограммы);

- измерение сантиметровой лентой величины суставов, пальпация суставов.

16. Особенности методики исследования костной системы у детей раннего возраста:

- осмотр: форма и величина головы, состояние молочных зубов, форма грудной клетки, форма и длина конечностей, симметричность ягодичных складок;

- пальпация: костей черепа, состояние швов и родничков.

17. Изменения тонуса мышц (гипо- и гипертонус) и способы его выявления:

- у новорожденных - симптом возврата;

- у грудных детей - проба на тракцию;

- симптом «складной руки»”;

- симптом «вялых плеч»;

- симптом «перочинного ножа».

18. Методика исследования костной системы у детей старшего возраста при заболеваниях костной системы:

- характер жалоб;

- особенности анамнеза жизни и заболевания при патологии костно-мышечной системы;

- осмотр: форма и величина головы, прикус, состояние зубов, форма грудной клетки, осанка (положение плеч, лопаток, треугольники талии), сколиоз, форма и длина конечностей, конфигурация суставов, плоскостопие (плантограммы);

- пальпация суставов.

19. Особенности методики исследования костной системы у детей раннего возраста:

- осмотр: форма и величина головы, выраженность теменных и лобных бугров, скошенность, облысение затылка, состояние молочных зубов, форма грудной клетки, форма и длина конечностей, симметричность ягодичных складок;

- пальпация: костей черепа, состояние швов и родничков, ребер на предмет рахитических «четок», эпифизов лучевых костей на предмет “браслеток”

20. Семиотика поражения костной системы:

- изменение формы и величины головы;

- изменения швов и родничков;

- аномалии прикуса;

- изменение формы грудной клетки;

- изменения формы и длины конечностей.

21. Методы исследования костной системы:

- УЗИ суставов

- рентгенография костей и суставов;

- денситометрия;

- биохимическое исследование крови (содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы) и мочи (кальций, фосфор);

22. Методы исследования мышечной системы: электромиография; хронаксиметрия;

биохимическое исследование крови и мочи; исследование биоптата мышц.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений на темы:

«Поражение костной системы при рахите у детей»

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме «Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной системы у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений костной и мышечной системы у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

**Выберите правильные ответы**

**1. У детей раннего возраста основная масса мышц:**

1) приходится на мышцы конечностей

2) приходится на мышцы туловища

3) распределяется равномерно по телу

**2. Для позы здорового доношенного новорожденного ребенка характерно:**

1) руки согнуты в локтях

2) колени и бедра притянуты к животу

3) наблюдается сгибание ног в коленях и тазобедренных суставах, но руки остаются вытянутыми

4) лежит на спине с вытянутыми руками и ногами

5) руки и ноги после разгибания возвращаются в первоначальное положение

**3. Для мышечной системы новорожденного справедливы следующие утверждения:**

1) преобладает тонус мышц-разгибателей 2) преобладает тонус мышц-сгибателей

3) во время сна мышцы расслабляются 4) во время сна мышцы не расслабляются

5) чувствительность к электрическому току повышена

**4. При недостаточности кальция в пище уровень Са++ в крови поддерживается за счет:**

1) усиленного кишечного всасывания кальция

2) уменьшения почечной экскреции кальция

3) вымывания кальция из костей

**5. У новорожденного ребенка открыты швы:**

1) стреловидный 2) лобный 3) венечный 4) затылочный

**6. Гипокинезия приводит:**

1) к сахарному диабету и ожирению 2) к ожирению и вегето-сосудистой дистонии

3) полигландулярной недостаточности 4) к снижению уровня здоровья детей

**7. Малый родничок закрывается:**

1) к 4 – 8 неделям после рождения 2) к 2 – 3 неделям после рождения

3) к 3 – 3,5 месяцам после рождения 4) к 5 – 6 месяцам после рождения

5) к 7 – 7,5 месяцам после рождения

**8. У ребенка 3 –х лет имеются ядра окостенения в следующих костях запястья:**

1) ладьевидной 2) крючковатой 3) трехгранной

4) полулунной 5) гороховидной

**9. Первые зубы у здорового ребенка прорезаются:**

1) 2 – 3 мес. 2) 3 – 4 мес. 3) 5 – 6 мес. 4) 6 – 8 мес. 5) 9 – 10 мес.

**10. Прорезывание молочных зубов заканчивается:**

1) к 1 году 2) к 2 годам 3) к 2,5 годам 4) к 3 годам 5) к 4 годам

**11. При прорезывании постоянных зубов вначале появляются:**

1) верхние средние резцы 2) верхние боковые резцы 3) клыки

4) первые моляры 5) вторые моляры

**12. Большой родничок у здоровых детей закрывается:**

1) к 2–3 мес. 2) к 4–6 мес. 3) к 7–9 мес. 4) к 12–15 мес. 5) к 2 годам

**13. Первые постоянные зубы появляются в возрасте:**

1) 5 – 5,5 лет 2) 2 – 3 года 3) 7 –8 лет 4) 9 – 10 лет 5) 13 – 14 лет

**14. Установите соответствие:**

Роднички: Возраст закрытия (в мес.):

1) малый а) 6

2) большой б) 1 – 2

3) боковые в) 12 – 15

г) к рождению

д) 12 – 18 е) 8

Ответы: 1. \_\_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_\_\_ .

**15. Физиологические изгибы позвоночника у детей появляются:**

Изгибы: Возраст (в мес.)

1) шейный лордоз а) 1

2) грудной кифоз б) 2

3) поясничный лордоз в) 3 – 5

г) 6 –7

д) 8 – 9

е) 9 – 12

Ответы: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_\_\_ .

**Дополнить:**

**16. Гармоничность движений у детей нарушается в период** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**17. Грудной кифоз окончательно формируется в возрасте** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**18. Стреловидный, венечный, затылочный швы закрываются к** \_\_\_\_\_\_\_ .

**19. Количество постоянных зубов определяется по формуле** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**20. Количество молочных зубов определяется по формуле** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**21. Костная ткань детей раннего возраста по сравнению со взрослыми**

а) менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям

б) более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям

в) менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям

г) более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям

**22. Особенностями костно-мышечной системы здорового ребёнка первых 3 месяцев жизни является**

а) физиологический гипертонус мышц верхних и нижних конечностей

б) гипотонус мышц верхних конечностей в сочетании с физиологическим гипертонусом мышц нижних конечностей

в) физиологический гипертонус мышц верхних конечностей в сочетании с гипотонусом мышц нижних конечностей

г) гипотонус мышц верхних и нижних конечностей

**23. В процессе остеогенеза выделяют \_\_\_\_\_\_\_\_ стадии/стадий**

а) 3

б) 2

в) 5

г) 6

**23. Строение костной ткани у детей приближается к характеристикам взрослого к (год)**

а) 12

б) 7

в) 3

г) 15

**24. Первыми из молочных зубов прорезываются два \_\_\_\_\_\_ резца**

а) нижних средних

б) верхних средних

в) верхних боковых

г) нижних боковых

**25. Определение «зубного и костного возраста» у детей используется для оценки**

а) физического развития

б) биологического возраста

в) психомоторного развития

г) полового созревания

**26. Уровень кальция в сыворотке крови детей грудного возраста составляет (ммоль/л)**

а) 2,5-2,8

б) 1,2-2,0

в) 2,8-3,2

г) 2,0-2,2

**27. Соотношение уровня кальция и фосфора в сыворотке крови в норме**

а) 2:1

б) 1:5

в) 1:2

г) 3:1

**28. Искривление позвоночника вперед называют**

а) лордозом

б) кифозом

в) сколиозом

г) спондилезом

**29. Искривление позвоночника назад называют**

а) кифозом

б) лордозом

в) сколиозом

г) спондилезом

**30. Искривление позвоночника в сторону называют**

а) спондилезом

б) кифозом

в) сколиозом

г) лордозом

**31.По каким показателям оценивается костный возраст ребенка?**

а) сроки появления точек окостенения

б) уровень са и р в крови

в) физиологические искривления позвоночника

г) уровень развития мышечной силы

**32. При нормостенической грудной клетке надчревный (эпигастральный) угол (градус)**

а) равен 90

б) меньше 90

в) больше 90

г) равен 60

**33. При гиперстенической грудной клетке надчревный (эпигастральный)** угол (градус)

а) больше 90

б) меньше 90

в) равен 90

г) равен 60

**34. При астенической грудной клетке надчревный (эпигастральный) угол (градус)**

а) меньше 90

б) больше 90

в) равен 90

г) равен 60

**35. Количество постоянных зубов у ребенка определяется по формуле (n – возраст ребенка в годах)**

а) n-10

б) 4n-20

в) 2n-10

г) 4n-10

**36**. **Установите, каким процессам в костной ткани соответствуют следующие клинические симптомы:**

**Процессы**: **Клинические симптомы**:

1. Остеомаляция 1. Уплощение затылка

2. Остеоидная гиперплазия 2. Краниотабес

3. Размягчение краев большого родничка

4. Увеличение лобных, теменных бугров

5. “Реберные четки”, “браслетки”

6. О – образное или Х – образное

искривление конечностей

Ответ: 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

37**. Установите соответствие изменений большого родничка перечисленным заболеваниям**:

**Изменения родничка**: **Заболевания**:

1. Выбухание родничка а) обезвоживание

2. Западение большого родничка б) рахит

3. Размягчение краев в) менингит

4. Увеличение размеров г) гидроцефалия

большого родничка

Ответ: 1. \_\_\_\_\_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_\_\_\_\_ . 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Выберите правильный ответ**

38. **Западение большого родничка наблюдается при**

а) эксикозе

б) микроцефалии

в) крике

г) гидроцефалии

39. **Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является**

а) ограничение отведения бедер

б) симптом маркса–ортолани (соскальзывание)

в) укорочение ножки

г) асимметрия ножных складок

40**. Позднее закрытие большого родничка является признаком**

а) рахита

б) гипотрофии

в) паратрофии

г) анемии

41. **Мышечная гипотония характерна для**

а) рахита

б) менингита

в) эпилепсии

г) детского церебрального паралича

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной системы у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений костной и мышечной системы у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 2 | **15.** | 1 – б, 2 – г, 3 – е | **29.** | а |
| **2.** | 1, 2, 5 | **16.** | в период полового созревания | **30.** | в |
| **3.** | 2, 4 | **17.** | 6 – 7 лет | **31.** | а |
| **4.** | 3 | **18.** | 3 – 4 месяца | **32.** | а |
| **5.** | 1, 3, 4 | **19.** | 4n - 20 | **33.** | а |
| **6.** | 2, 4 | **20.** | n – 4 | **34.** | а |
| **7.** | 1 | **21.** | а | **35.** | б |
| **8.** | 2, 3, 4 | **22.** | а | **36.** | 1 – 1,2,3,6  2 - 4,5 |
| **9.** | 4 | **23.** | а | **37.** | 1 – в,г  2 – а, 3 – б, 4 - г |
| **10.** | 2, 3 | **24.** | а | **38.** | 1 |
| **11.** | 4 | **25.** | б | **39.** | 1 |
| **12.** | 4 | **26.** | а | **40.** | 1 |
| **13.** | 1 | **27.** | а | **41.** | 1 |
| **14.** | 1 – б, 2 – в, 3 – г | **28.** | а |  |  |

**Ситуационные задачи для контроля знаний по теме:**

«**Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной системы у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений костной и мышечной системы у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

**Задача № 1**

**Ребенку 6,5 месяцев**. Родился от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первой половине, первых срочных родов, с массой 3000,0 г, длиной тела 50 см, на 7 баллов по шкале Апгар. К груди приложен через 12 часов. На естественном вскармливании до 3-х месяцев, затем на смешанном из-за гипогалактии у матери до 4-х месяцев, с 4-х месяцев на искусственном вскармливании адаптированными смесями. В 5 месяцев перенес кишечную инфекцию, в 6 месяцев гнойный отит. В настоящее время масса ребенка 6000 г, рост 66 см. Кожные покровы умеренно бледны, на животе подкожно-жировой слой практически отсутствует, на внутренней поверхности бедер толщина подкожно-жировой клетчатки 0,8-1,0 см, эластичность кожи удовлетворительная, тургор тканей снижен. Отмечается уплощение затылка, увеличение лобных и теменных бугров, большой родничок 1,5 х 1,5 см, края слегка податливые. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные, громкие. Аппетит умеренно снижен. Живот мягкий, печень + 2,0 см из-под реберной дуги. Мочеиспускание свободное, стул 2-3 раза в день.

**Оцените**:

1. Анамнез жизни с выделением факторов риска.

2. Физическое развитие ребенка.

3. Есть ли у ребенка дефицит массы и какой степени гипотрофии это соответствует?

4. Поражение каких систем имеется у ребенка?

**Задача № 2**

Оля П. 3-х месяцев. При профосмотре участкового врача выяснилось, что девочка последние три недели ведет себя беспокойно, появилась повышенная потливость, облысение затылка. При осмотре: большой родничок 3 x 3,5 см, края податливы, швы мягкие, определяется краниотабес. Кожные покровы обычной окраски, эластичные. Толщина подкожно-жирового слоя под ключицей 1,5 см, на передней брюшной стенке на уровне пупка 2,0 см, на внутренней поверхности бедра около 3 см. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги.

**Вопросы**: 1.Укажите систему поражения.

2.Оцените состояние кожи и подкожно-жировой клетчатки.

**Задача № 3**

Катя М. 8 месяцев. В возрасте с 6,5 до 7,5 месяцев находилась в детской инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции. При профосмотре в поликлинике участковый врач обратила внимание на то, что у девочки выражены лобные и теменные бугры, на грудной клетке определяются «четки», большой родничок 3 x 2,5 см, края податливы, зубов нет. Сидит неуверенно, не ползает, не встает в кроватке. Говорит отдельные слоги. Находится на искусственном вскармливании с 3-х месяцев, гуляют с ребенком редко, массаж, гимнастика не проводятся.

**Вопросы**: 1.Укажите системы поражения.

2.Каким процессам в костной ткани соответствуют клинические признаки у ребенка?

3.Какие методы исследования целесообразно провести для подтверждения Вашего заключения?

Что способствовало развитию данной патологии?

**Задача № 4**

Наташа И. 12 месяцев, направлена в клинику по поводу бронхопневмонии. При поступлении дежурный врач обратила внимание на бледность кожных покровов у ребенка, увеличение лобных и теменных бугров, податливость краев большого родничка, деформацию грудной клетки в области грудины, «четки», «браслетки», гипотонию мышц, печень выступала из-под края реберной дуги на 4 см. Девочка встает в кроватке, ходит неуверенно с поддержкой. Фактическая масса 8700,0 , рост 72 см. Подкожный жировой слой истончен на туловище, эластичность кожи сохранена. Масса ребенка при рождении 3000,0 , длина 49 см.

**Вопросы:** 1.Оцените физическое развитие девочки.

2.Поражение каких систем имеется у ребенка?

3.Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести для подтверждения поражения данных систем?

**Задача № 5**

Петя С. 12 месяцев, поступил в стационар на лечение. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом. У матери было кесарево сечение в связи с предлежанием плаценты. Масса при рождении 3000,0 . С 20 – дневного возраста на смешанном вскармливании, в качестве докорма получал коровье молоко. Прикорм введен с 8-ми месячного возраста манной кашей, твердую пищу ребенок не ест, не умеет. На первом году жизни ребенок развивался удовлетворительно, однако переболел пневмонией, колиинфекцией, острым средним отитом, неоднократно находился на стационарном лечении. Ребенок из неблагоприятных бытовых условий, родители работают, ребенок находится с 5-ти месячного возраста у няни. Вялый, мало интересуется окружающим, аппетит умеренно снижен. Мальчик правильного телосложения, сниженного питания. Масса 8000,0 , окружность головы 46 см, грудной клетки 46 см, кожные покровы бледные, тургор тканей снижен, губы бледные, толщина складки на животе равна 0,5 см. Мышечный тонус дряблый. Выражены лобные, теменные бугры, “четки”, грудная клетка деформирована, отмечается расширение нижней апертуры. Зубов 0 / 2. Живот увеличен в объеме. Печень на 3 см пальпируется из-под реберной дуги.

**Вопросы:** 1.Оцените анамнез жизни ребенка.

2.Укажите системы поражения.

3.Оцените физическое развитие ребенка (есть ли дефицит массы).

4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме «Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной системы у детей. Методика клинического обследования. Семиотика поражений костной и мышечной системы у детей, лабораторные и инструментальные методы исследования»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Анамнез жизни неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- патология беременности у матери;

- асфиксия легкой степени у ребенка при рождении;

- ранее искусственное вскармливание;

- частые заболевания на первом году жизни.

2.-3. Долженствующий рост = 50 + 3 х 3 + 2,5 х 3 = 66,5 - 67 см

Долженствующая масса = 3000 + 600 + 800 х 2 + 750 + 700 + 650 + 300 =

7600 г-7,6 кг

Дефицит массы = 7600 - 6000 = 1600 г, что в процентах составляет

1,6 х 100 = 21%

7,6

Это соответствует гипотрофии 2 степени.

4. У ребенка имеется поражение кожи и подкожной клетчатки, костной системы.

**Эталон к задаче № 2**

1.Поражена костная система.

2. Кожа и подкожная клетчатка без изменений.

**Эталон к задаче № 3**

1.Поражены костная и мышечная системы.

2.Увеличение теменных и лобных бугров, реберные “четки” соответствуют процессам остеоидной гиперплазии, размягчение краев большого родничка – остеомаляции.

3.Целесообразно исследовать содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы в сыворотке крови, провести R – графию лучезапястных суставов на предмет рахита.

Способствовали развитию патологии: а) раннее искусственное вскармливание

б) дефекты ухода за ребенком.

**Эталон к задаче № 4**

1.Долженствующий рост – 72 – 73,5 см.

Долженствующая масса – 10 кг.

Дефицит массы 1, 3 кг или 13%, что соответствует гипотрофии I степени.

Ребенок отстает в развитии статики и моторики.

2.Поражены кожа и подкожная клетчатка, костная и мышечная система.

3. Клинический анализ крови для исключения анемии, биохимический анализ крови (содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, железа в сыворотке крови), R- графия лучезапястных суставов.

**Эталон к задаче № 5**

1.Анамнез неблагоприятный: факторы риска в антенетальном периоде (токсикоз беременности у матери), в интранатальном (родился посредством кесарева сечения), постнатальном периоде (грубые дефекты вскармливания, ухода, частые заболевания).

2.Системы поражения: кожа и подкожная клетчатка, костно-мышечная.

3.Долженствующая масса – 9400,0 - 9500,0

Дефицит массы - 1400,0 – 1500,0 или 15 %, что соответствует гипотрофии I степени.

4. Клинический анализ крови для исключения анемии, биохимический анализ крови (содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, железа в сыворотке крови), R- графия лучезапястных суставов, исследовать выведение кальция и фосфора с мочой.

# **Практическое занятие № 3**

**Тема**: «**Анатомо-физиологические особенности (АФО), методика исследования органов дыхания у детей старшего возраста. Особенности методики исследования органов дыхания у детей первого года жизни**»

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Анатомо-физиологические особенности системы органов дыхания у детей и подростков (органогенез бронхиального дерева, механизм первого вдоха, клинические признаки зрелости дыхательного центра, сегментарное строение легких, особенности бронхиального секрета, мукоцилиарного транспорта).

2. Возрастные особенности этапов дыхания у детей. Глубина, частота, ритм, минутный объем, ЖЕЛ, МВЛ, их возрастные изменения.

3. Газы крови у детей. Особенности диффузии газов через альвеолокапиллярную мембрану и вентиляционно-перфузионные соотношения у детей.

4. Методика исследования органов дыхания у детей и подростков:

- жалобы, предъявляемые больными, особенности анамнеза заболевания, особенности анамнеза жизни (выделение факторов риска развития патологии органов дыхания);

- осмотр (физическое развитие, цвет кожных покровов, тип лица, состояние зева, миндалин, тип дыхания, форма грудной клетки, участие ее в дыхании, частота дыхания в минуту, оценка глубины и ритма дыхания, соотношение вдоха и выдоха, соотношение дыхания и пульса, экскурсия грудной клетки). Особенность подсчета частоты дыхания у детей раннего возраста.

- пальпация (эластичность грудной клетки, голосовое дрожание, толщина кожной складки на симметричных участках);

- перкуссия легких (топографическая и сравнительная, экскурсия нижнего легочного края, проекция долей легких на грудную клетку). Особенности перкуссии (сравнительная, непосредственная) у детей раннего возраста

- аускультация (виды дыхания, их отличия, бронхофония).

5. Особенности дыхательного шума у детей раннего возраста. Механизм пуэрильного дыхания, сроки его появления и перехода в везикулярное

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей и подростков»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме «Анатомо-физиологические особенности и методика исследования органов дыхания у детей»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Анатомическими особенностями полости носа у детей раннего возраста являются:**

1) недоразвитие полостей 2) нежность слизистой оболочки

3) плотность хрящей 4) узость носовых ходов

5) несформированный нижний носовой ход

**2. Апноэ у новорожденных детей связаны:**

1) с недостатком сурфактанта

2) с незаконченной дифференцировкой дыхательного центра

3) с гипоксией дыхательного центра

4) со слабостью сокращения диафрагмы

**3. Особенностями гортани у детей раннего возраста являются:**

1) хорошее развитие эластической ткани 2) податливость хрящей

3) узость голосовой щели 4) нежность слизистой оболочки

**4. Ложные голосовые связки у детей:**

1) богаты лимфоидной тканью 2) обильно кровоснабжаются

3) кровоснабжаются скудно 4) бедны лимфоидной тканью

5) утолщенные

**5. Развитие альвеол в легких начинается:**

1) внутриутробно 2) с рождения 3) с 4 - 6 недель 4) с 6 месяцев

5) с 1-го года

**6. Лобная пазуха у ребенка:**

1) к рождению отсутствует 2) к рождению развита плохо

3) начинает развиваться с 7 лет 4) формирование заканчивается к 10 годам

5) формирование заканчивается к 15 годам

**7. Пещеристая ткань носа:**

1) развита к моменту рождения 2) развивается в течение всего периода детства

3) претерпевает обратное развитие после рождения

4) окончательно развивается к 8 - 9 годам

5) окончательно развита к моменту полового созревания

**8. Глоточные миндалины максимально развиты:**

1) к моменту рождения 2) к 6 месяцам 3) к 3 - 5 годам 4) к 5 - 10 годам

5) к моменту полового созревания

**9. Особенностями бронхов у детей раннего возраста являются:**

1) слабое развитие мышечных и эластических волокон

2) узкий просвет бронхов

3) недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек

4) недоразвитие хрящевого каркаса

5) хорошее сопротивление спадению бронхов

**10. Особенностями легочной ткани у детей раннего возраста являются:**

1) обильное развитие кровеносных сосудов 2) недоразвитие эластической ткани

3) недостаточное развитие ацинуса 4) хорошая воздушность легочной ткани

5) недостаточное количество альвеол 6) широкие бронхиолы

**11. Малая глубина дыхания у детей раннего возраста обусловлена:**

1) небольшой массой легких 2) малым количеством альвеол

3) большой частотой дыхания 4) слабостью дыхательной мускулатуры

5) малой экскурсией грудной клетки

**12. Пуэрильное дыхание у детей обусловлено:**

1) малой воздушностью легочной ткани 2) примесью ларингеального дыхания

3) малыми размерами грудной клетки 4) широким просветом бронхиол

5) утолщенными стенками грудной клетки

**13. Склонность к ателектазам у детей раннего возраста объясняется:**

1) недоразвитием дыхательного центра 2) отсутствием коллатеральной вентиляции

3) хорошим кровоснабжением легких 4) узостью бронхов

**14. На заднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого:**

1) верхняя 2) средняя 3) нижняя

**15. Нижние границы правого легкого у детей:**

**Линия** **Ребро**

1) срединноключичная а) IV

2) средняя подмышечная б) V

3) лопаточная в) VI

г) VIII

д) IX

е) X

Ответы: 1 \_\_\_\_\_ . 2 \_\_\_\_\_\_ . 3 \_\_\_\_\_ .

**16. На переднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого:**

1) верхняя 2) средняя 3) нижняя

**17. На боковую поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого:**

1) верхняя 2) средняя 3) нижняя 4) язычковая

**18. Количество сегментов левого легкого:**

1) 9 2) 10 3) 11

4) с возрастом увеличивается 5) с возрастом уменьшается

**19. Установите соответствие**  **расположения долей легкого:**

**Слева**  **Доли легкого**

А - спереди 1) верхняя

Б - сбоку 2) средняя

В - сзади 3) нижняя

**20. Установите соответствие:**

**Возраст Частота дыхания в 1 минуту**

1) 1 месяц а) 15

2) 1 год б) 16 - 18

3) 5 лет в) 20

4) 10 лет г) 25

д) 30 - 35

е) 40 - 60

ж) 60 - 70

Ответы: 1 \_\_\_\_\_\_ . 2 \_\_\_\_\_ . 3 \_\_\_\_\_\_. 4 \_\_\_\_\_ .

**21. Соотношение дыхание : пульс у здорового ребенка на 1-ом году жизни:**

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

**22. С какого возраста возможно определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей Кренига:**

1) с 1 года 2) с 3 лет 3) с 5 лет 4) с 7 лет 5) с 15 лет

**23. Пуэрильное дыхание выслушивается:**

1) у новорожденного 2) от 3 до 6 месяцев

3) от 6 месяцев до 6 лет 4) от 7 лет до 8 лет 5) от 9 до 10 лет

**24. Везикулярное дыхание выслушивается:**

1) у новорожденного 2) от 3 до 6 месяцев

3) от 6 месяцев до 1 года 4) от 1 года до 5 лет 5) с 5 лет - 7 лет

**25. Преобладающий тип дыхания у девочек в пубертатном периоде:**

1) брюшной 2) грудной 3) грудо - брюшной

4) диафрагмальный 5) реберный

**26. Преобладающий тип дыхания у здоровых детей раннего возраста:**

1) брюшной 2) реберный 3) диафрагмальный

4) грудной 5) грудо-брюшной

**27. Установите соответствие:**

**Виды дыхания: Соотношение вдоха и выдоха**:

А - везикулярное 1) выдох длиннее вдоха

Б - жесткое 2) выдох составляет 1/3 вдоха

В - бронхиальное 3) выдох составляет большую часть вдоха

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Анатомо-физиологические особенности и методика исследования органов дыхания у детей»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1, 2, 4, 5 | **10.** | 1, 2, 3, 5 | **19.** | А - 1, Б - 1, 3, В - 1, 3 |
| **2.** | 2, 3 | **11.** | 1, 2, 4, 5 | **20.** | 1 - е, 2 - д, 3 - г, 4 - в |
| **3.** | 2, 3, 4 | **12.** | 1, 2, 3 | **21.** | 5 |
| **4.** | 1, 2, 5 | **13.** | 2, 4 | **22.** | 4 |
| **5.** | 3 | **14.** | 1, 3 | **23.** | 3 |
| **6.** | 1, 5 | **15.** | 1 - в, 2 - г, 3 - е | **24.** | 5 |
| **7.** | 4 | **16.** | 1, 2 | **25.** | 2 |
| **8.** | 4 | **17.** | 1, 2, 3 | **26.** | 1 |
| **9.** | 1, 2, 4 | **18.** | 1 | **27.** | А - 2, Б - 3, В - 1 |

# **Практическое занятие № 4**

**Тема: Семиотика поражений органов дыхания у детей**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Признаки пораженияорганов дыхания, выявляемые **при осмотре**: семиотика кашля, осиплость голоса, афония, аденоидный тип лица, изменение формы грудной клетки, экскурсия ее половин, клинические признаки одышки, виды одышки.

2. Признаки поражения органов дыхания у детей первого года жизни, выявляемые **при осмотре**: пенка на губах, раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, апноэ, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, типы одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная), особенности кашля.

3. Признаки поражения органов дыхания, выявляемые **при пальпации**: локальная болезненность грудной клетки, изменение голосового дрожания (усиление, ослабление).

4. Семиотика изменений перкуторного звука (тупость, укорочение, тимпанит, коробочный оттенок).

5 Изменение границ легких, экскурсии легких.

6. Симптомы увеличения внутригрудных лимфатических узлов: симптом Филатова, симптом «чаши Философова», симптом Кораньи, симптом Аркавина.

7. Семиотика изменений дыхательных шумов у детей (ослабленное дыхание, усиленное, жесткое, бронхиальное дыхание, хрипы и их виды, механизм образования, крепитанция, шум трения плевры).

8. Основные синдромы поражения органов дыхания: синдром поражения верхних дыхательных путей, синдром крупа, синдром бронхиальной обструкции, инфильтрации легочной ткани, синдромы скопления жидкости и воздуха в плевральной полости, синдром полости в легком, синдром дыхательной недостаточности (ДН). Степени тяжести ДН.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями и ситуационными задачами для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений на темы:

«Синдром бронхиальной обструкции у детей»

«Синдром дыхательной недостаточности у детей»

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Семиотика поражений органов дыхания у детей»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Основные признаки одышки:**

1) кашель, насморк

2) учащение дыхания

3) цианоз носогубного треугольника

4) аускультативно - бронхиальное дыхание

5) участие в дыхании вспомогательной мускулатуры

6) стонущее дыхание, кивательные движения головы в такт дыхания

7) поверхностное дыхание с респираторными паузами (апноэ)

**2. Инспираторная одышка клинически проявляется:**

1) затрудненным выдохом

2) затрудненным вдохом

3) втяжением межреберий, подложечного пространства

4) грудная клетка слабо участвует в акте дыхания

5) всеми перечисленными признаками

**3. Дыхание с громкими, слышными на расстоянии вдохом и выдохом называется:**

1) инспираторной одышкой 2) экспираторной одышкой

3) одышкой смешанного типа 4) стенотическим дыханием

**4. Экспираторная одышка клинически проявляется:**

1) затрудненным вдохом

2) затрудненным удлиненным выдохом

3) втяжением межреберных и подключичных пространств

4) грудная клетка приподнята кверху и не участвует в акте дыхания

5) всеми перечисленными признаками

**5. Экспираторная одышка наблюдается при:**

1) бронхиальной астме 2) бронхите

3) пневмонии 4) плеврите 5) сдавлении крупных бронхов извне

**6. Ослабление голосового дрожания отмечается при:**

1) пневмонии 2) выпотном плеврите

3) пневмотораксе 4) бронхите 5) опухоли

**7. Усиление голосового дрожания отмечается при:**

1) бронхите 2) гидротораксе

3) пневмонии 4) пневмотораксе 5) частичном ателектазе

**8. Инспираторная одышка наблюдается при:**

1) инородном теле в верхних дыхательных путях 2) бронхиальной астме

3) врожденном сужении гортани 4) пневмонии

5) бронхите

**9. Коробочный оттенок легочного звука отмечается при:**

1) бронхите 2) эмфиземе 3) экссудативном плеврите 4) ателектазе

**10. Укорочение перкуторного звука отмечается при:**

1) эмфиземе 2) пневмонии

3) полости в легких 4) ателектазе

5) жидкости в плевральной полости 6) пневмосклерозе

**11. Тимпанический оттенок перкуторного звука отмечается при:**

1) пневмотораксе 2) очаге воспаления в легких

3) ателектазе 4) плеврите

**12. При перкуссии легких здорового ребенка тимпанический тон получают:**

1) над ключицами 2) под лопатками

3) над сердцем 4) над пространством Траубе 5) над позвонками

**13. Укорочение перкуторного тона над легкими отмечается при:**

1) инфильтрации и отеке альвеол и межальвеолярных перегородок

2) ателектазе 3) сухом плеврите 4) эмфиземе

5) кровоизлиянии в легочную ткань

**14. Симптом Кораньи определяется:**

1) перкуторно у рукоятки грудины

2) перкуторно паравертебрально

3) перкуторно в аксиллярных отделах

4) аускультативно на остистых отростках позвонков

5) перкуторно на остистых отростках позвонков

**15. Симптом Филатова определяется:**

1) перкуторно паравертебрально

2) перкуторно в области рукоятки грудины

3) перкуторно в подмышечных областях

4) аускультативно на остистых отростках позвонков

5) перкуторно на остистых отростках позвонков

**16. При увеличении внутригрудных лимфатических узлов отмечаются следующие симптомы, кроме:**

1) симптома чаши Философова 2) симптома Кораньи

3) симптома Аркавина 4) симптома Кернига

5) симптом Филатова 6) симптома д” Эспина

**17. Бронхофония у детей наблюдается при:**

1) уплотнении легкого 2) ателектазе

3) бронхиальной астме 4) открытом пневмотораксе

5) бронхите

**18. Шум трения плевры может наблюдаться при:**

1) ателектазе 2) фибринозном воспалении плевры

3) обезвоживании 4) увеличении печени

5) диафрагмальной грыже

**19. Ослабленное дыхание над легкими выслушивается при:**

1) пневмонии 2) эксудативном плеврите

3) бронхите 4) сухом плеврите

5) у тучных детей 6) ателектазе

**20. Дыхательная недостаточность I степени у детей ясельного возраста характеризуется:**

1) одышкой в состоянии покоя

2) одышкой при нагрузке

3) тахикардией в состоянии покоя

4) наличием цианоза носогубного треугольника при нагрузке

5) брадикардией

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Семиотика поражений органов дыхания у детей»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 2, 3, 5, 6, 7 | **12.** | 4 |  |  |
| **2.** | 2, 3 | **13.** | 1, 2, 5 |  |  |
| **3.** | 4 | **14.** | 5 |  |  |
| **4.** | 2, 4 | **15.** | 2 |  |  |
| **5.** | 1, 5 | **16.** | 4 |  |  |
| **6.** | 2, 3, 5 | **17.** | 1, 2, 4 |  |  |
| **7.** | 3, 5 | **18.** | 2, 3 |  |  |
| **8.** | 1, 3 | **19.** | 1, 2, 5, 6 |  |  |
| **9.** | 2 | **20.** | 2, 4 |  |  |
| **10.** | 2, 4, 5, 6 |  |  |  |  |
| **11.** | 1 |  |  |  |  |

**Ситуационные задачи по теме**

**«Семиотика поражений органов дыхания у детей»**

**Задача № 1**

Саша А. 10 месяцев доставлен в стационар «скорой помощью» в связи с повышением температуры до 37,80 С и затрудненным дыханием. Заболел 3 дня назад: появился насморк, сухой кашель. После применения медового компресса на грудную клетку состояние ребенка ухудшилось: усилился кашель, мальчик стал тяжело дышать, температура повысилась до 37,50 С.

**Анамнез жизни:** ребенок от первой беременности, 1 срочных родов, родился с массой 3200,0 кг, длиной тела 51 см. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев, затем на искусственном из-за гипогалактии у матери. При приеме в пищу желтка и лимонного сока у мальчика отмечается папулезная зудящая сыпь на коже. Отец ребенка страдает поллинозом, бабушка по линии матери - бронхиальной астмой.

**Объективные данные**: при поступлении в стационар состояние ребенка ближе к тяжелому: лихорадит, вялый, кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ЧД - 52 в 1 минуту. Беспокоит частый надсадный кашель, зев ярко гиперемирован, из носа слизистое отделяемое. Отмечается втяжение межреберий, покачивание головой при дыхании. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно жесткое дыхание, сухие свистящие и влажные хрипы с обеих сторон, выдох затруднен и удлинен. Тоны сердца ритмичные, средней громкости, ЧСС - 146 в минуту. Живот мягкий, печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги.

**Вопросы:** 1. Оцените анамнез жизни ребенка.

2. Оцените ЧСС и АД.

3. Укажите систему поражения.

4. Выделите основные синдромы поражения.

**Задача № 2**

Мать Ани Д. 7 лет, обратилась к врачу с жалобами на кашель, насморк, повышение температуры до 38 - 38,50 С у девочки. Ребенок болел в течение 7 дней, появился насморк, сухой кашель, першение в горле, субфебрильная температура (37,40 С - 37,50 С), недомогание. Лечились тепловыми процедурами, отваром трав, кашель стал более влажным, глубоким, но последние 3 дня девочка лихорадила до 38,60С - 390 С.

**При осмотре врачом выявлено**: кожные покровы умеренно бледные, из носа слизистое отделяемое, зев гиперемирован, миндалины рыхлые, налетов нет. ЧД - 30 мин. Над легкими перкуторно легочный звук, справа ниже угла лопатки укорочение легочного звука. Аускультативно здесь же крепитация. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.

**Вопросы:** 1. Оцените ЧД и ЧСС.

2. Укажите систему поражения.

3. Выделите основные синдромы поражения.

4. Какое заболевание можно предположить?

5. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести для подтверждения Вашего предположения?

**Задача № 3**

Витя Н. 7 месяцев доставлен в стационар «скорой помощью» в связи с затруднением дыхания, повышением температуры до 38 С0, с грубым сухим кашлем. Болел 3 дня. Появилась осиплость голоса, насморк, лающий кашель, затем затруднение дыхания, которое последние 4 часа нарастает.

**Объективно**: мальчик бледный, беспокойный, дыхание шумное. Цианоз носогубного треугольника, ЧД - 48 в минуту, отмечается втяжение подложечной области, межреберий при дыхании, затруднен вдох. В зеве умеренная гиперемия. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно - жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, громкие, ЧСС - 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2,5 см выступает из-под реберной дуги. Стул однократно кашицеобразный.

**Вопросы**: 1. Выделите синдромы поражения.

2. О каком заболевании можно подумать?

**Задача № 4**

Саша А. 7 месяцев. Заболел остро. Заболевание началось после переохлаждения с появления кашля, насморка, повышения температуры до 37,50 С, недомогания. У мальчика отмечалось снижение аппетита, беспокойный сон. Дыхание с частотой 36 в минуту при кормлении и плаче увеличивается до 42 в минуту.

**При объективном обследовании**: зев гиперемирован, миндалины разрыхлены. Перкуторно - над легкими легочный звук, при аускультации - дыхание жесткое, влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание не нарушены.

**Вопросы:**

1. Поражение какой системы имеет место у ребенка?

2. Выделите синдромы поражения.

3. Какое заболевание можно предположить?

4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Семиотика поражений органов дыхания у детей»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Анамнез жизни неблагоприятный, факторы “риска”: раннее искусственное вскармливание, пищевая аллергия, наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям.

2. Тахикардия, тахипноэ Д : Р = 52 : 146 = 1 : 2,8 - признак одышки

3. Поражена дыхательная система.

4. Синдромы: бронхиальной обструкции, ДН II степени.

**Эталон к задаче № 2**

1. Тахикардия, тахипноэ Д : Р = 30 : 100 = 1 : 3,5 - признак одышки

2. Дыхательная система.

3. Синдромы поражения: синдром инфильтрации легочной ткани.

4. Можно предположить пневмонию.

5. - R - логическое исследование грудной клетки

- клинический анализ крови

- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам.

**Эталон к задаче № 3**

1. Синдромы: крупа, дыхательной недостаточности- ДН II степени

2. Стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп).

**Эталон к задаче № 4**

1. Поражена дыхательная система.

2. Синдром поражения верхних дыхательных путей.

3. Можно предположить острый бронхит.

4. - R - логическое исследование грудной клетки

- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам

- клинический анализ крови.

**Практическое занятие №5**

**Тема: Лабораторные и инструментальные методы исследования органов дыхания.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Лабораторные методы исследования органов дыхания: клинический анализ крови, анализ мокроты (микроскопия, посев на флору), кал на трипсин, хлориды пота (для исключения муковисцидоза), анализ плевральной жидкости.

2. Рентгенологические методы исследования органов дыхания: R -графия, R -скопия, флюорография грудной клетки, бронхография, рентгенография придаточных пазух носа, томография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография.

3. Инструментальные методы исследования органов дыхания: ларингоскопия, бронхоскопия, УЗИ.

4. Функциональные методы исследования дыхательной системы: спирометрия, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, пробы Штанге, Генча.

5. Особенности показателей внешнего дыхания у детей ( ЖЕЛ, резервный объем вдоха, резервный объем выдоха, минутный объем дыхания (МОД), максимальная вентиляция легких (МВЛ, коэффициент использования кислорода (КИО).

6.Аллергологические пробы.

7.Определение газового состава крови.

8.Плевральная пункция. Анализ плевральной жидкости.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов дыхания у детей»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Потребность в кислороде на 1 кг массы тела у детей по сравнению со взрослыми:**

1) больше 2) меньше 3) такая же

**2. Минутный объем дыхания на 1 кг массы тела у детей по сравнению со взрослыми:**

1) такой же 2) меньше 3) больше

**3. Газообмен в легких у детей в расчете на 1 кг массы тела по сравнению со взрослыми:**

1) больше 2) меньше 3) такой же

**4. Жизненная емкость легких это:**

1) количество воздуха, максимально выдыхаемого после максимального вдоха

2) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

3) максимальный объем воздуха, который можно спокойно выдохнуть после спокойного вдоха

4) количество воздуха, которое можно выдохнуть при форсированном выдохе после максимального вдоха

5) максимальное количество воздуха, которое может быть провентилировано за 1 минуту

**5. Жизненная емкость легких включает в себя:**

1) дыхательный объем 2) резервный объем выдоха

3) резервный объем вдоха 4) объемную скорость вдоха

5) максимальную вентиляцию

**6. Оценка функции внешнего дыхания у детей производится по следующим показателям:**

1) минутный объем дыхания 2) жизненная емкость легких

3) максимальная вентиляция легких 4) индекс Тиффно

5) артериально-венозная разница по гемоглобину и оксигемоглобину

**7. Резервный объем вдоха снижается:**

1) при обструктивных процессах 2) при рестриктивных процессах

3) при снижении эластичности легких 4) при диффузных поражениях легких

5) в норме - у детей 14 - 15 лет

**8. Методом спирографии пользуются для определения:**

1) дыхательного объема 2) резервного объема выдоха

3) жизненной емкости легких 4) резервного объема вдоха

**9. Дополнить:** Пневмотахометрия - метод, позволяющий судить о состоянии \_\_\_\_\_\_\_.

1. **Пневмонический участок на рентгенограмме определяется как:**

а - просветление;

б - затемнение;

1. **Буллы при пневмонии рентгенологически имеют вид:**

а – затемнения округлой формы;

б - просветления округлой или неправильной формы с тонкой границей;

в – затемнений в прикорневых отделах лёгких.

**12. Легочный рисунок на рентгенограмме - это**

а) артерии

б) вены

в) бронхи

г) лимфатические сосуды

**13. При пневмотораксе легочный рисунок на стороне поражения**

а) усилен

б) ослаблен

в) отсутствует

г) деформирован

14. **На рентгенограмме изображение является**

а) негативным

б) позитивным

в) послойным

г) суммационным

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**««Лабораторные и инструментальные методы исследования органов дыхания у детей»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | 1 |  |
| **2.** | 3 |  |
| **3.** | 1 |  |
| **4.** | 1 |  |
| **5.** | 1,2,3 |  |
| **6.** | 1,2,3,4,5 |  |
| **7.** | 1,2,3 |  |
| **8.** | 1,2,3,4 |  |
| **9.**  **10.**  **11.**  **12.**  **13.**  **14.** | Бронхиальной проходимости  Б  Б  А  В  А |  |

**Ситуационные задачи по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов дыхания у детей»**

**Задача № 1**

Ребенок Саша К. 4-х лет, заболел неделю назад, когда появились сухой кашель и насморк. Мать лечила ребенка тепловыми процедурами, но без положительного эффекта: кашель усилился, стал более влажным, присоединилось повышение температуры до 37,80 С, ухудшился аппетит. Был вызван участковый врач, который выявил у ребенка следующее: зев ярко гиперемирован, миндалины рыхлые, налетов нет. Носовое дыхание затруднено из-за слизисто-гнойных выделений. Частота дыхания - 27 - 28 в минуту, грудная клетка равномерно участвует в дыхании, втяжений межреберий нет. Над легкими перкуторно легочный звук. При аускультации жесткое дыхание, сухие и рассеянные влажные крупно-пузырчатые хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, громкие, отчетливые. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул 1 раз в сутки, оформленный.

**В анамнезе жизни**: ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины (тошнота, рвота), угрозой прерывания во II половине. Родился на сроке 36 недель, с массой 2900,0, длиной 49 см, на 7 баллов по шкале Апгар. К груди приложен на 3 сутки. Естественное вскармливание до 2 мес. Перенесенные заболевания: ОРВИ - 3 - 4 раза в год, ветряная оспа, отит. Наследственность: у матери хронический тонзиллит.

**Вопросы:**

1. Сделайте заключение по анамнезу жизни с выделением факторов риска.

2. Выделите основные синдромы поражения.

3. Поражение какой системы имеется у ребенка?

4. Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для подтверждения поражения данной системы?

**Задача № 2**

**Укажите состав плевральной жидкости при**:

1) гидротораксе (транссудат)

2) серозном плеврите (экссудат серозный)

3) гнойном плеврите или эмпиеме плевры (экссудат гнойный)

**Варианты ответа:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **а** | **б** | **в** |
| **Цвет, консистенция:** | желтый, густая | светло- желтый | бесцветная, слегка опалесцирует |
| **Удельный вес:** | 1035 | 1022 | 1012 |
| **Белок:** | 40 г/л | 35 г/л | 10 г/л |
| **Реакция Ривальта на муцин (помутнение при добавлении уксусной кислоты):** | полож. | полож. | отрицат. |
| **Цитоз:**  **- лейкоциты** | сплошь в поле зрения | больш. кол-во | единичные |
| **- лимфоциты** | - | + | + |
| **- нейтрофилы** | + | - | - |
| **Окраска по Граму:** | + | отрицат. | отрицат. |
| **Бакпосев:** | + | отрицат. | отрицат. |

**Задача № 3**

Ребенок Виталий К. 3-х лет, заболел неделю назад, когда появились сухой кашель и насморк. Мать лечила ребенка тепловыми процедурами, но без положительного эффекта: кашель усилился, стал более влажным, присоединилось повышение температуры до 37,80 С, ухудшился аппетит. Был вызван участковый врач, который выявил у ребенка следующее: зев ярко гиперемирован, миндалины рыхлые, налетов нет. Носовое дыхание затруднено из-за слизисто-гнойных выделений. Частота дыхания - 27 - 28 в минуту, грудная клетка равномерно участвует в дыхании, втяжений межреберий нет. Над легкими перкуторно легочный звук. При аускультации жесткое дыхание, сухие и рассеянные влажные крупно-пузырчатые хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, громкие, отчетливые. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул 1 раз в сутки, оформленный.

**В анамнезе жизни**: ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины (тошнота, рвота), угрозой прерывания во II половине. Родился на сроке 36 недель, с массой 2900,0, длиной 49 см, на 7 баллов по шкале Апгар. К груди приложен на 3 сутки. Естественное вскармливание до 2 мес. Перенесенные заболевания: ОРВИ - 3 - 4 раза в год, ветряная оспа, отит. Наследственность: у матери хронический тонзиллит.

**Вопросы:**

1. Сделайте заключение по анамнезу жизни с выделением факторов риска.

2. Выделите основные синдромы поражения.

3. Поражение какой системы имеется у ребенка?

4. Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для подтверждения поражения данной системы?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов дыхания у детей»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Анамнез неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- токсикоз во время беременности у матери

- угроза прерывания беременности

- недоношенность

- легкая асфиксия у ребенка при рождении

- позднее прикладывание к груди

- раннее искусственное вскармливание.

2. Синдром поражения верхних дыхательных путей.

3. Поражение дыхательной системы.

4. Дополнительные методы исследования:

- R - графия грудной клетки

- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам

- клинический анализ крови

- консультация ЛОР-врача.

**Эталон к задаче № 2**

1 - в, 2 - б, 3 - а

**Эталон к задаче № 3**

1. Анамнез неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- токсикоз во время беременности у матери

- угроза прерывания беременности

- недоношенность

- легкая асфиксия у ребенка при рождении

- позднее прикладывание к груди

- раннее искусственное вскармливание.

2. Синдром поражения верхних дыхательных путей.

3. Поражение дыхательной системы.

4. Дополнительные методы исследования:

- R - графия грудной клетки

- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам

- клинический анализ крови

- консультация ЛОР-врача.

# **Практическое занятие № 6**

**Тема**: **Анатомо-физиологические особенности (АФО), методика исследования сердечно-сосудистой системы у детей старшего возраста. Особенности методики исследования у детей первого года жизни**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Кровообращение плода:

* закладка сосудистой системы;
* формирование сердца;
* хориальное (плацентарное) кровообращение: сроки установления, назначение пупочной вены, аранциева протока, боталлова протока, оксигенация органов плода.

1. Кровообращение новорожденного:

* закрытие основных фетальных сосудистых коммуникаций (венозный и артериальный протоки, овальное окно), сроки, причины;
* функционирование малого и большого кругов кровообращения.

1. Морфологические и функциональные особенности сердца и сосудов у детей:

* гистологические особенности миокарда;
* тип кровоснабжения сердечной мышцы;
* толщина стенок желудочков;
* изменение положения сердца в грудной клетке;
* соотношение калибра легочной артерии и аорты;
* возрастные изменения скорости кровотока, ударного объема крови;
* изменение сердечного индекса (отношение минутного объема крови к поверхности тела).

1. Частота пульса в разных возрастных группах.
2. Изменение АД у детей в зависимости от возраста.
3. Методика исследования сердечно-сосудистой системы у детей старшего возраста:

* жалобы, предъявляемые больными;
* особенности анамнеза заболевания;
* особенности анамнеза жизни (выделение факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии);
* *осмотр* (физическое развитие, цвет кожных покровов, пульсация сосудов шеи, пульсация в области сердца, форма грудной клетки в области сердца, верхушечный толчок);
* *пальпация* (пульс и его характеристика: синхронность, ритмичность, частота, наполнение; напряжение. Особенности подсчета пульса у детей раннего возраста. Характеристика верхушечного толчка, сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание). Измерение АД у детей разного возраста
* *перкуссия* (относительная и абсолютная сердечная тупость, поперечник сердца, ширина сосудистого пучка). Особенности перкуссии сердца у детей раннего возраста (непосредственная или ортоперкуссия).
* *аускультация*(последовательность выслушивания аускультативных точек, характеристика тонов сердца: громкость, ритмичность, акценты, расщепления или раздвоения, шумы). Особенность звучности тонов в возрастном аспекте.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений на темы:

«Кровообращение плода и новорожденного ребенка»

«Морфофункциональные особенности сердца и сосудов у детей»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме «Анатомо-физиологические особенности, методика исследования сердечно-сосудистой системы у детей»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Правая граница относительной сердечной тупости у детей 7 - 12 лет:**

1) правая средне-ключичная линия

2) правая парастернальная линия

3) середина между парастернальной линией и краем грудины

4) около правого края грудины

5) середина между средне-ключичной и парастернальной линиями

**2. Двухстворчатый клапан выслушивается:**

1) у нижнего края грудины (IV точка) 2) во II межреберье справа (II точка)

3) во II межреберье слева (III точка) 4) у верхушки сердца (I точка)

5) в точке Боткина (V точка)

**3. Среднее систолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле:**

1) 60 + 2п (п – возраст в годах) 2) 90 + п 3) 90 + 2п 4) 100 + п

**4. Установите соответствие границ относительной сердечной тупости возрасту ребенка:**

1) до 2 лет 2) 2 – 7 лет 3) 7 – 12 лет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Правая | Левая | Верхняя |
| а | правая парастернальная  линия | 1 – 2 см кнаружи от левой  средне-ключичной линии | II ребро |
| б | ближе к краю грудины | Левая средне-ключичная линия или на 0,5 см кнутри от нее | III ребро |
| в | кнутри от правой  парастернальной линии | 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии | II межреберье |

Ответ: 1. \_\_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_\_\_. 3.\_\_\_\_\_\_\_.

**5. У детей с возрастом скорость кровотока:**

1) увеличивается 2) уменьшается 3) не изменяется

**6. Установите соответствие**

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст** | **Левая граница относительной сердечной тупости по отношению к срединно-ключичной линии** |
| 1) новорожденный  2) 5 лет  3) 10 лет | а) по средне-ключичной линии  б) на 1 см кнаружи  в) на 2 см кнаружи  г) на 1 см кнутри  д) на 2 см кнутри |

**7. Клапаны аорты выслушиваются:**

1) в точке Боткина 2) во II межреберье слева у грудины

3) у верхушки сердца 4) во II межреберье справа у грудины

5) у нижнего края грудины

**8. Трехстворчатый клапан выслушивается:**

1) в точке Боткина 2) у нижнего края грудины

3) у верхушки сердца 4) во II межреберье справа

**9. Изменение артериального давления у старших школьников связано:**

1) с незавершенностью процессов тканевой дифференцировки сердечной мышцы

2) с созреванием эндокринной системы

3) с поздним развитием вагусной иннервации

4) с повышением активности надпочечников

5) с повышением выработки катехоламинов

**10. Максимальное АД у ребенка 8 лет (в мм рт. ст.):**

1) 75 2) 90 3) 100 4)110 5) 120

**11. Соотношение просвета отверстий легочной артерии и аорты над клапаном к 12 годам:**

1) аорта больше легочной артерии 2) аорта меньше легочной артерии 3) одинаковы

**12. У детей с возрастом ударный объем крови:**

1) увеличивается 2) уменьшается 3) не изменяется

**13. Верхняя граница относительной сердечной тупости у ребенка 7 – 12 лет:**

1) 2 ребро 2) 2 межреберье 3) 3 ребро

**14. Установите соответствие положения верхушечного толчка возрасту ребенка:**

1) до 2-х лет 2) 2 – 7 лет 3) с 7 до 12 лет

Локализация толчка:

а) по средне-ключичной линии или на 0,5–1,0 см кнутри от нее в 5 межреберье

б) 1 – 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии в 4 межреберье

в) 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии в 5 межреберье

Ответ: 1. \_\_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_\_\_. 3. \_\_\_\_\_\_\_\_.

**15. Измерение артериального давления производится:**

1) на плече 2) на предплечье 3) на бедре 4) голени 5) кисти

**16. У детей, по сравнению со взрослыми, особенностями аускультативной картины сердца являются:**

1) физиологическая тахикардия 2) акцент второго тона на легочной артерии

3) брадикардия 4) акцент первого тона на верхушке

5) приглушение тонов.

**17. Установите соответствие:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст**: | **Частота пульса**: |
| 1) новорожденный | а) 150 – 170 |
| 2) 1 год | б) 120 - 140 |
| 3) 5 лет | в) 120 |
| 4) 10 лет | г) 105 |
|  | д) 100 |
|  | е) 90 |
|  | ж) 75 - 80 |
|  |  |

Ответ: 1. \_\_\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_\_\_\_\_. 3. \_\_\_\_\_\_\_\_. 4. \_\_\_\_\_ .

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Анатомо-физиологические особенности, методика исследования сердечно-сосудистой системы у детей»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 4 | **7.** | 4 | **13.** | 3 |
| **2.** | 4 | **8.** | 2 | **14.** | 1 – б, 2 – в, 3 – а |
| **3.** | 3 | **9.** | 2, 4, 5 | **15.** | 1, 3 |
| **4.** | 1 – а, 2 – в, 3 – б | **10.** | 4 | **16.** | 1, 2 |
| **5.** | 2 | **11.** | 3 | **17.** | 1 – б, 2 – в, 3 – д, 4 - ж |
| **6.** | 1 – в, 2 – б, 3 – а | **12.** | 1 |  |  |

# **Практическое занятие № 7**

**Тема:** **Семиотика поражений сердечно-сосудистой системы у детей**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Жалобы, предъявляемые больными с патологией сердечно-сосудистой системы.

2.Особенности жалоб при патологии органов кровообращения у детей первого года жизни:

появление цианоза; периодические приступы удушья при кормлении грудью; приступы внезапного беспокойства, сменяющиеся длительной вялостью (при нарушении коронарного кровообращения); приступы потери сознания с остановкой дыхания (при нарушении ритма сердца).

3. Признаки поражения сердечно-сосудистой системы у детей, выявляемые при осмотре:

* бледность или цианоз (акроцианоз) кожных покровов;
* одышка, отеки, отставание в физическом развитии;
* диспропорция развития верхней и нижней половин тела;
* форма суставов, пальцев рук и ног («барабанные палочки» и «часовые стекла»);
* набухание и пульсация сосудов шеи, сердечный «горб», эпигастральная пульсация, пульсация в области сердца.

4. Изменения свойств пульса.

5. Фаланговый и капиллярный пульс.

6. Изменения верхушечного толчка.

7. Сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание.

8. Изменение границ относительной и абсолютной сердечной тупости.

9. Изменение тонов сердца (ослабление, усиление, акценты).

10. Шумы сердца функциональные и органические: происхождение, клинические отличия.

11. Синдром сосудистой недостаточности.

12. Синдром сердечной недостаточности (стадии, типы, клинические проявления).

13. Понятие о миокардитах, эндокардитах, перикардитах, пороках сердца (врожденных и приобретенных).

14. Классификация врожденных пороков сердца (ВПС).

15. Наиболее часто встречающиеся ВПС: открытый артериальный (Боталлов) проток ( ОАП),

дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП),

коарктация аорты, тетрада Фалло, стеноз легочной артерии, транспозиция магистральных сосудов: гемодинамика, клинические проявления;

16 Основные синдромы нарушения внутрисердечной гемодинамики при врожденных пороках сердца: синдром шлюза (препятствие кровотоку); синдром сброса (аномальное сообщение между камерами правого и левого сердца), их клинические проявления.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений на темы:

«Функциональные и органические шумы у детей»

«Синдром сердечной недостаточности у детей»

«Врожденные пороки сердца с артериально-венозным сбросом (ДМЖП, ДМПП, ОАП)»

«Врожденные пороки сердца с венозно-артериальным сбросом и артериальной гипоксемией (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, синдром гипоплазии левого сердца»

«ВПС с синдромом шлюза (стеноз легочной артерии, стеноз аорты, коарктация аорты)

**Тестовые задания для контроля знаний**  **по теме**

«**Семиотика поражений сердечно-сосудистой системы у детей**»

**Выберите правильные ответы**

**1. Пульсация в подложечной области наблюдается при:**

1) удлинении грудной клетки 2) гипертрофии правого желудочка

3) короткой грудной клетке 4) гипертрофии левого желудочка

5) срединном положении сердца

**2. Фаланговый и капиллярный пульс бывает при:**

1) недостаточности митрального клапана

2) недостаточности аортального клапана

3) недостаточности трикуспидального клапана

4) недостаточности клапанов легочной артерии

5) стенозе митрального отверстия

**Установите соответствие**

**3. При каких состояниях наблюдается смещение верхушечного толчка:**

1) вверх 2) влево 3) вправо

Варианты ответов:

а) правосторонний ателектаз легкого

б) синдром левостороннего внутриплеврального напряжения (эмфизема,

плеврит, пневмоторакс)

в) левосторонний ателектаз легкого

г) синдром правостороннего внутриплеврального напряжения

д) дилятация и гипертрофия левого желудочка

е) асцит, метеоризм

**Выберите правильные ответы**

**4**. Усиление II тона над аортальными клапанами бывает при:

1) митральном стенозе 2) митральной недостаточности

3) повышении АД 4) застое в малом круге кровообращения

5) эмфиземе легких

**5. Функциональный шум характеризуется следующими признаками:**

1) чаще прослушивается вдоль левого края грудины 2) непродолжительный

3) при нагрузке усиливается 4) имеет дующий тембр

5) не проводится за пределы сердца

**6. Органические шумы в сердце выслушиваются при:**

1) врожденных пороках сердца 2) приобретенных пороках сердца

3) анемии 4) гипотонии папиллярных мышц

5) гипертонии

**7. Ранними симптомами сердечной недостаточности являются:**

1) тахикардия 2) брадикардия 3) одышка 4) акроцианоз

5) хрипящее дыхание

**8. II В стадия при левожелудочковом типе сердечной недостаточности характеризуется:**

1) учащением дыхания на 30 – 50% 2) учащением сердцебиения на 15 – 30 %

3) учащением ритма сердца на 30 – 50% 4) учащением дыхания на 50 - 70%

**9. Сердечный горб наблюдается при:**

1) значительном увеличении размеров сердца

2) скоплении жидкости в сердечной сумке (гидроперикард)

3) перикардите 4) миокардите 5) недостаточности сердца

**10. Расширение относительной сердечной тупости влево бывает при:**

1) пороках 3-х створчатого клапана

2) стенозе легочной артерии

3) недостаточности аортальных клапанов и стенозе аорты

4) недостаточности митрального клапана

5) митральном стенозе

**11. Органические шумы сердца имеют:**

1) низкочастотную характеристику на ФКГ

2) грубый характер, проводятся за пределы сердца

3) свойства усиливаться при нагрузке

4) свойства ослабевать при нагрузке

5) свойства не прослушиваться в положении лежа

**12. II А стадия при левожелудочковом типе сердечной недостаточности характеризуется:**

1) учащением дыхания на 30 – 50% 2) учащением сердцебиения на 15 – 30 %

3) учащением ритма сердца на 30 – 50% 4) учащением дыхания на 50 - 70%

**Установите соответствие**

**13. При каких заболеваниях наблюдается следующее изменение тонов сердца?**

1) ослабление обоих тонов сердца

2) усиление обоих тонов сердца

Заболевания:

а) миокардит

б) анемия

в) выпотной перикардит

г) гипертрофия сердца

д) эмфизема легких

е) тиреотоксикоз

ж) сердечная недостаточность

з) избыточная подкожно-жировая клетчатка

**Выберите правильные ответы**

**14. Видимая пульсация яремных вен указывает на:**

1) клапанные пороки сердца 2) общие застойные явления

3) экспираторную одышку 4) миокардит

5) увеличение зобной железы

**Установите соответствие**

**15. Каким шумам:** I – функциональным, II - органическим соответствуют следующие симптомы:

1) шум постоянный

2) стойкость шума непостоянная

3) шум усиливается после физической нагрузки

4) шум ослабевает или исчезает после нагрузки

5) лучше выслушивается в положении лежа

6) выслушивается в любом положении

7) проводимость шума хорошая

8) шум не проводится за пределы сердца

**Выберите правильные ответы**

**16. Отрицательный верхушечный толчок указывает на:**

1) порок сердца 2) сердечную недостаточность

3) увеличение сердца 4) плевроперикардиальные спайки

5) наличие экссудата в сердечной сумке

**17. Усиление (акцент) II тона на легочной артерии бывает при:**

1) стенозе легочной артерии 2) гипертензии в малом круге кровообращения

3) повышенном АД 4) миокардите.

**18. Шумы внесердечного происхождения наблюдаются при:**

1) анемиях 2) плевритах 3) пневмониях 4) гипертонии

**19. Наличие у ребенка бледности кожных покровов, диффузного расширения относительной сердечной тупости, приглушения тонов сердца, систолического шума дующего тембра в области верхушки сердца наблюдается при:**

1) диффузном миокардите 2) очаговом миокардите

3) эндокардите 4) перикардите 5) эндомиокардите

**20. Характеристика перикардиального шума:**

1) дующий 2) царапающий 3) скребущий

4) не связанный четко ни с систолой, ни с диастолой 5) проводящийся на спину

**21. У ребенка в возрасте 5 лет средняя частота сердечных сокращений составляет (в минуту):**

1) 100 2) 90 3) 80 4) 120

**24. Отличительными признаками функционального шума в сердце у детей являются:**

1) тихий, мягкий тембр 2) меняется после физической нагрузки

3) не проводится экстракардиально 4) постоянный

5) связан с тонами

**25. Установление плацентарного кровообращения относится к следующему месяцу внутриутробного периода:**

1) 1-ому 2) 2 – 3 3) 4 – 5 4) 6 - 7

**26. Аранциев проток впадает в:**

1) аорту 2) верхнюю полую вену

2) нижнюю полую вену 3) воротную вену 5) печеночную вену

**27. Анатомическое перекрытие артериального протока происходит:**

1) в момент вдоха 2) в 2 месяца

3) в 6 месяцев 4) в 1 год

**28. Соотношение просвета отверстий легочной артерии и аорты над клапаном составляет у новорожденных:**

1) аорта больше легочной артерии 2) аорта меньше легочной артерии

3) одинаковы

**29. Толщина стенок желудочков у новорожденных:**

1) левого больше правого 2) левого меньше правого 3) одинакова

**30. Кровь из пупочной вены поступает в:**

1) нисходящую аорту 2) нижнюю полую вену

3) верхнюю полую вену 4) печень 5) воротную вену

**Установите правильную последовательность.**

**31. Оксигенация органов плода от лучших к худшим условиям:**

1) легкие 2) головной мозг 3) печень

4) нижняя половина тела 5) верхние конечности

Ответ: 1.\_\_\_\_\_. 2. \_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_\_. 4. \_\_\_\_ . 5. \_\_\_\_.

**32. Редкость инфарктов миокарда у детей первых лет жизни объясняется типом кровоснабжения сердечной мышцы:**

1) магистральным 2) рассыпным 3) смешанным

**33. Боталов проток соединяет:**

1) большой и малый круги кровообращения 2) пупочную вену с нижней полой веной

3) легочную артерию с аортой 4) пупочную вену с легочной артерией

**34. Миокард новорожденного имеет:**

1) тонкие мышечные волокна

2) крупные малодифференцированные ядра

3) большое количество мелких малодифференцированных ядер

4) хорошо развитую соединительную ткань

5) слабо развитую соединительную ткань

**35. Поперечник сердца относительно грудной клетки у детей с возрастом:**

1) увеличивается 2) уменьшается 3) не меняется

**36. У детей с возрастом минутный объем крови по отношению к поверхности тела:**

1) увеличивается 2) уменьшается 3) не изменяется

**38. Синдром шлюза (препятствие кровотоку) проявляется:**

1) болями в области сердца 2) систолическим дрожанием

3) брадикардией 4) одышкой 5) сердцебиением

6) гипертрофией желудочка сердца 7) утомляемостью

**39. К ВПС со сбросом крови слева направо относятся:**

1) ДМПП 2) открытый артериальный проток

3) тетрада Фалло 4) транспозиция магистральных сосудов

5) стеноз легочной артерии 6) коарктация аорты 7) ДМЖП

**40. Расширение относительной сердечной тупости вправо наблюдается в случаях:**

1) сердечной недостаточности 2) открытого боталова протока

3) хроническом нефрите 4) дефектке межжелудочковой перегородки

5) недостаточности клапанов легочной артерии

**41. К ВПС с синдромом шлюза относятся:**

1) ДМПП 2) ДМЖП 3) тетрада Фалло

4) стеноз легочной артерии 5) стеноз аорты 6) коарктация аорты

**42. К ВПС с венозно-артериальным сбросом относятся:**

1) ДМПП 2) ДМЖП

3) открытый артериальный проток 4) тетрада Фалло

5) синдром гипоплазии левого сердца 6) транспозиция магистральных сосудов

7) коарктация аорты 8) стеноз легочной артерии

**43. Синдром сброса проявляется:**

1) одышкой 2) сердцебиением

3) брадикардией 4) утомляемостью

5) увеличением размеров сердца 6) болями в области сердца

7) систолическим дрожанием

**44. У доношенного новорожденного средняя частота сердечных сокращений составляет (в минуту):**

1) 140 2) 110 3) 90 4) 170

**45. У годовалого ребенка средняя частота сердечных сокращений составляет (в минуту):**

1) 120 2) 100 3) 140 4) 160

**46. У детей раннего возраста особенностями сердца являются:**

1) шарообразная форма 2) границы с возрастом сужаются

3) капельная форма 4) границы с возрастом расширяются

5) исходно косое положение

**47. У новорожденного левая граница относительной тупости сердца находится:**

1) кнаружи от средне-ключичной линии на 1-2 см

2) по передней подмышечной линии

3) по срединно-ключичной линии

4) кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

**50. Соотношение просвета вен и артерий у детей раннего возраста:**

1) 2:1 2) 1: 1 3) 1: 2

**Дополнить:**

**51. У новорожденного ребенка из-за высокого стояния диафрагмы, более горизонтального положения и больших размеров поперечника форма сердца** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Семиотика поражений сердечно-сосудистой системы у детей»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 2 | **18.** | 1 | **35.** | 2 |
| **2.** | 2 | **19.** | 5 | **36.** | 2 |
| **3.** | 1–е, 2– в, г, д, 3 – а,б | **20.** | 3, 4 | **37.** | 2 |
| **4.** | 3 | **21.** | 1 | **38.** | 1, 2, 3, 6 |
| **5.** | 1, 2, 5 | **22.** | 1 | **39.** | 1, 2, 7 |
| **6.** | 1, 2 | **23.** | 1 | **40.** | 2, 4, 5 |
| **7.** | 1, 3 | **24.** | 1, 2, 3 | **41.** | 4, 5, 6 |
| **8.** | 3, 4 | **25.** | 1 | **42.** | 4, 5, 6 |
| **9.** | 1 | **26.** | 3 | **43.** | 1, 2, 4, 5, 7 |
| **10.** | 3, 4 | **27.** | 2 | **44.** | 1 |
| **11.** | 2, 3 | **28.** | 2 | **45.** | 1 |
| **12.** | 1, 2 | **29.** | 3 | **46.** | 1 |
| **13.** | 1 – а, в, д, ж, з  2 – б, г, е | **30.** | 2 | **47.** | 1 |
| **14.** | 2 | **31.** | 1-3, 2-2, 3-5, 4-1, 5-4 | **48.** | 1 |
| **15.** | I–2, 4, 5, 8 II–1,3,6,7 | **32.** | 2 | **49.** | 1, 2 |
| **16.** | 4 | **33.** | 2 | **50.** | 2 |
| **17.** | 2 | **34.** | 1, 3, 5 | **51.** | шарообразная |

# 

**Практическое занятие №8**

**Тема: Лабораторные и инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы в детском возрасте. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей, возрастные особенности ЭКГ.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Лабораторные методы исследования сердечно-сосудистой системы: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, фибриноген, С-реактивный белок, ДФА, кальций, калий)

2. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы:

* суточное мониторирование АД;
* эхокардиография с допплерографией;
* электрокардиография;
* холтеровское мониторирование ЭКГ.

3. Рентгенографическое исследование сердца. Кардиоторакальный индекс (КТИ): методика подсчета, клиническое значение, возрастные нормативы.

4. Магнитно-резонансная томография.

5. Функциональные пробы сердечно-сосудистой системы (техника проведения, показания, их оценка)

6. Клиноортостатическая проба (КОП);

7. Проба Шалкова,

8. Пробы Штанге-Генча.

9. Особенности ЭКГ здоровых детей: отведения ЭКГ, их характеристика; происхождение зубцов и интервалов ЭКГ.

10. Последовательность анализа ЭКГ:

* источник ритма,
* определение частоты сердечных сокращений,
* определение электрической оси сердца,
* длительность интервалов,
* описание зубцов, особенности их у здоровых детей разного возраста.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями и ситуационными задачамидля контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:

«Функциональные пробы сердечно-сосудистой системы у детей»

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей»**

**1. Установите соответствие:**

Возраст: Кардиоторакальный индекс (в %)

1) до 1 года а) 45

2) от года до 2 лет б) 25

3) старше 3 лет в) 55

г) 65

д) 50

е)30

Ответы: 1. \_\_\_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_\_\_\_ .

**Выберите правильные ответы**

**2. Среднее диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле (п – возраст в годах):**

1) 60 + п 2) 50 + п 3) 40 + 2п 4) 70 + 2п

**3. Артериальное давление на ногах по сравнению с руками:**

1) выше 2) такое же 3) ниже

**4. Максимальное артериальное давление у ребенка 1 года (в мм рт. ст.):**

1) 75 2) 90 3) 100 4) 110 5) 120

**5. Максимальное АД у ребенка 1 года (в мм рт. ст.):**

1) 90 2) 100 3) 110 4) 120

**6. У ребенка раннего возраста низкие цифры АД обусловлены:**

1) малым ударным объемом сердца

2) низким удельным сопротивлением периферических сосудов

3) узким просветом сосудов малого круга кровообращения

4) незрелостью вагусной регуляции

**7. Правый контур сердечно-сосудистой тени в норме образован**

а) восходящей частью аорты, правым предсердием

б) правым желудочком

в) восходящей частью аорты, правым предсердием, правым желудочком

**8. Магнитно-резонансная томография противопоказана**

а) пациентам с установленным водителем ритма

б) реанимационным больным

в) пациентам с клаустрофобией

г) все ответы верны

**9. Рентгеноскопия сердца позволяет изучать**

а) морфологические особенности органа

б) функциональные особенности органа

в) получать информацию в режиме реального времени

г) все перечисленное

**10. Лучевая нагрузка при эхокардиоскопии**

а) высокая

б) низкая

в) отсутствует

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для контроля знаний по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1 – в, 2 – д, 3 - а | **6.** | 1,2 |  |
| **2.** | 1 | **7.** | а |  |
| **3.** | 1 | **8.** | г |  |
| **4.** | **2** | **9.** | г |  |
| **5.** | 1 | **10.** | в |  |

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей, возрастные особенности ЭКГ»**

**1. Оцените функциональную пробу по Н.А. Шалкову (5 приседаний на полу): выберите правильный ответ**

Ребенку 7 лет:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Пульс** | **Частота**  **дыхания** | **АД** | **Ударный**  **объем** | **Минут-ный объем** |
| **До нагрузки** | 102 | 24 | 110/60 | 60 | 6120 |
| **Сразу после нагрузки** | 102 | 24 | 110/60 | 60 | 6120 |
| **Через 3 мин. после нагрузки** | 102 | 24 | 110/60 | 60 | 6120 |
| **Через 5 мин. после нагрузки** | 102 | 24 | 110/60 | 60 | 6120 |

**По результатам пробы**:

1. Ребенок здоров

2. Нагрузка слишком велика

3. Нагрузка мала

4. Имеются признаки поражения миокарда

5. Ребенок детренирован

**2. Какой интервал ЭКГ называется «электрической систолой желудочков»?**

1) PQ 2) QRS 3) PQRS 4) QT

**3. Проба Штанге - это:**

1) определение жизненной емкости легких

2) определение пробы Тиффно

3) пневмотахометрия

4) определение длительности задержки дыхания на выдохе

5) определение длительности задержки дыхания на вдохе

**Выберите правильные ответы**

**5. О нарушении атриовентрикулярной проводимости на ЭКГ говорит:**

1) удлинение интервала PQ

2) удлинение желудочкового комплекса QRS

3) высокий зубец Р в I и II отведениях

4) изменение зубцов Т в различных отведениях

5) укорочение интервала PQ

**6. Нагрузка в виде 10 глубоких приседаний на полу в течение 20 сек. или подъем на 20 ступенек лестницы при проведении пробы Шалкова предназначена:**

1) для больных на постельном режиме

2) для больных на общем режиме и здоровых детей

3) для здоровых детей, занимающихся физкультурой и спортом

**7. Оценить функциональную пробу по Н.А. Шалкову (10 перемен положения в постели). Ребенку 8 лет:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Пульс** | **Частота**  **дыхания** | **АД** |
| **До нагрузки** | 84 | 18 | 95/55 |
| **Сразу после нагрузки** | 92 | 20 | 95/50 |
| **Через 3 мин. после нагрузки** | 84 | 18 | 95/50 |
| **Через 5 мин. после нагрузки** | 84 | 18 | 95/55 |

**По результатам пробы**:

1. Нагрузка адекватная

2. Нагрузка слишком мала

3. Имеются признаки сердечной недостаточности

4. Нагрузка велика

5. Ребенок здоров

**8. При пробе Вальсавы (на глубоком вдохе задерживается дыхание, натуживание с попыткой выдохнуть) функциональный шум исчезает:**

1) в левых отделах 2) в правых отделах.

**9. Возвращение к исходным величинам пульса и артериального давления у здоровых детей при клиноортостатической пробе происходит на:**

1) 1 минуте 2) 2 минуте 3) 3 минуте 4) 4 минуте

**10. К особенностям ЭКГ у детей раннего возраста относятся:**

1) частый ритм

2) лабильность ритма

3) отклонение электрической оси влево

4) отклонение электрической оси вправо

5) отрицательный Т в III стандартном отведении V1, V2, V3

**11. Для органических шумов на ФКГ характерны следующие данные, кроме:**

1) чаще записываются как длинные

2) чаще примыкают к тонам

3) пишутся на высоких частотах

4) пишется только на средних и низких частотах

5) по форме бывают убывающие, лентовидные

**12. Нагрузка по Шалкову в виде перехода от горизонтального положения в положение сидя 10 раз с определением ЧСС и АД предназначена:**

1) для больных на постельном режиме

2) для больных на общем режиме и здоровых детей

3) для здоровых детей, занимающихся спортом

**13. Нормализация пульса и артериального давления при удовлетворительной пробе Шалкова происходит через:**

1) 3 минуты 2) 5 минут 3) 10 минут 4) 20 минут

**14. Нормальная реакция на клиноортостатическую пробу определяется отсутствием жалоб, повышением ЧСС не более, чем на:**

1) 10% 2) 20 – 40 % 3) 50 %

**15. Особенности ЭКГ у грудных детей:**

1) синусовая тахикардия

2) отклонение электрической оси вправо

3) отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1 – V3 отведениях

4) отклонение электрической оси влево

5) левожелудочковые экстрасистолы.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для контроля знаний по теме**

**«Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей, возрастные особенности ЭКГ »**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 3 | **6.** | 2 | **11.** | 4 |
| **2.** | 4 | **7.** | 2 | **12.** | 1 |
| **3.** | 5 | **8.** | 1 | **13.** | 1, 2 |
|  |  | **9.** | 4 | **14.** | 2 |
| **5.** | 1 | **10.** | 1, 2, 4, 5 | **15.** | 1, 2, 3 |

|  |
| --- |
|  |

**Ситуационные задачи для заключительного контроля знаний по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы в детском возрасте. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей, возрастные особенности ЭКГ»**

**Задача № 1**

**По приведенным характеристикам определите, какой шум**

1) функциональный 2) органический

а) систолический шум, с пунктом максимум в V точке, не проводится, лучше слышен в положении лежа, при фонокардиографии не связан с I тоном, занимает 1/3 систолы

б) систолический шум дующего характера, с пунктом максимум на верхушке, проводится в подмышечную впадину, не меняется с переменой положения тела, на фонокардиограмме связан с I тоном и сопровождается его ослаблением, занимает всю систолу.

**Задача № 2**

У мальчика 9 лет шум в области сердца выслушивается с рождения. Жалоб не предъявляет. Отставания в физическом, психическом развитии от сверстников не отмечалось.

Объективно: ребенок физически правильно развит, кожа и слизистые обычной окраски, пульс 76 уд. в мин., АД – 105 / 60 мм. рт. ст.

Границы относительной сердечной тупости: левая на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – 3 ребро. При аускультации слева в IV межреберье у края грудины прослушивается грубый продолжительный систолический шум, проводящийся на все точки сердца, на спину.

Рентгенография грудной клетки: небольшое усиление легочного рисунка, сердце – умеренно увеличены правый и левый желудочки (шаровидное сердце). ЭКГ: умеренные признаки гипертрофии левого и правого желудочков.

**Вопросы**:

1. Оцените пульс, АД, границы относительной сердечной тупости, аускультативные данные.

2. Ваш предположительный диагноз?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести для подтверждения диагноза?

**Задача № 3**

Володя Б., 11 лет поступил с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при ходьбе, неприятные ощущения в области сердца.

**Из анамнеза** известно, что мальчик от здоровых родителей, рос и развивался соответственно возрасту. В раннем возрасте перенес корь, осложненную воспалением легких, 1 – 2 раза в год переносит ОРВИ. С 9 летнего возраста страдает ангинами, преимущественно катаральными, которые протекают сравнительно легко. Последний раз переболел ангиной месяц назад, к врачу не обращались, принимал таблетки пенициллина. Пробыл дома 2 дня, пошел в школу, но не почувствовал себя здоровым. При подъеме на лестницу стал ощущать одышку, иногда сердцебиение, периодически стала появляться головная боль, затем присоединилась общая слабость, с трудом и напряжением готовил уроки, иногда по вечерам была температура 37,2 – 37,40С. В связи с нарастающим ухудшением общего состояния мальчик был направлен на стационарное лечение.

**При внешнем осмотре** правильного телосложения, рост – 145 см, вес – 32 кг. Миндалины увеличены, спаяны с передними дужками, три кариозных зуба. Кожные покровы чистые. Внешне суставы не изменены, движения сохранены в полном объеме. Границы относительной тупости сердца – левая – на 1 см кнаружи от левой сосковой линии, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – II межреберье. Тоны сердца, особенно на верхушке, значительно приглушены, в положении лежа на верхушке мягкий короткий систолический шум, единичные экстрасистолы. Пульс – 98 ударов в минуту, мягкий, аритмичный, АД – 90 / 50 мм. рт. ст. Со стороны легких при перкуссии и аускультации патологических изменений отметить не удается.

**ОАК**: Нв – 102 г/л. Эр – 3,98 x 1012 / л. Л – 10,8 x 109 /л. СОЭ – 25 мм в час.

**Биохимия крови**: ДФА – 0,320, С- реактивный белок + + +, общий белок – 70 г/л, альбуминов 52,8 %, глобулины: альфа – 17,4 %, бета – 12%, гамма – 17,4 %,.

**ЭКГ**: синусовая тахикардия, интервал PQ увеличен до 0,22 с, снижен вольтаж зубцов в стандартных отведениях.

**При рентгенологическом** **исследовании**: значительное увеличение левого желудочка, талия сердца сглажена, пульсация ослаблена.

**Вопросы:**

1. Оцените объективные данные: физическое развитие, ЧСС и АД, границы относительной сердечной тупости.

2. Укажите системы поражения.

3. Оцените клинический и биохимический анализы крови.

4. О чем свидетельствуют удлинение интервала PQ и снижение вольтажа зубцов на ЭКГ?

5. Ваш предположительный диагноз?

6. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести ребенку?

**Задача № 4**

Девочка 2 –х лет страдает одышкой с момента рождения, с грудного возраста отмечается голубой диффузный цианоз кожных покровов.

**Объективно**: масса – 9 кг, рост – 73 см. кожа и слизистые резко цианотичны. Фаланги пальцев резко утолщены по типу «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стеклышек». Частота дыхания 50 в мин. Со стороны легких патологии не выявлено. Границы относительной сердечной тупости: слева – 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – 2 межреберье, правая – правая парастернальная линия. Аускультативно: II тон ослаблен на легочной артерии, прослушивается грубый систолический шум вдоль левого края грудины. Пульс 140 ударов в минуту. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуги. После незначительной физической нагрузки (плачь, подъем по лестнице) наблюдается приступ цианоза и одышки.

**Рентгенография грудной клетки**: легочный рисунок бледен, увеличен правый желудочек, талия подчеркнуто выражена. КТИ – 55.

**Вопросы**:

1. Оцените физическое развитие ребенка.

2. Оцените ЧСС, ЧД, границы относительной сердечной тупости, аускультативные данные.

3. Есть ли у ребенка признаки сердечной недостаточности и какой степени?

4. Оцените КТИ (кардиоторакальный индекс). О чем он свидетельствует?

5. Ваш предположительный диагноз?

6. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести?

**Задача № 5**

У ребенка Димы С. 8 лет, при профосмотре в поликлинике выслушан систолический шум на верхушке сердца, лучше прослушивается в горизонтальном положении, не проводится за пределы сердца, после физической нагрузки практически не изменяется. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС – 88 в мин, АД – 105 / 60 мм. рт. ст. Жалоб мальчик не предъявляет. Занимается в основной группе по физкультуре в школе. Рост – 127 см, масса – 26 кг. Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева по средне-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 см от правого края грудины, левая – по средне-ключинной линии, верхняя – III ребро.

**Вопросы:**

1. Оцените объективные данные: физическое развитие, ЧСС и АД, данные осмотра, перкуссии, аускультации сердца: о какой природе шума можно думать?

2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести данному ребенку?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме «Лабораторные и инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы в детском возрасте. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей, возрастные особенности ЭКГ»**

**Эталон к задаче № 1**

а – 1 в – 2

**Эталон к задаче № 2**

1. ЧСС и АД в пределах возрастной нормы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево и вправо.

Аускультативно – органический шум.

2. Можно предположить ВПС – ДМЖП.

3. Необходимо провести эхокардиоскопию.

**Эталон к задаче № 3**

Физическое развитие нормальное, гармоничное (рост – 5 центильный интервал, масса – 4).

Тахикардия, гипотония.

Поражены сердечно-сосудистая система, кроветворная (гипертрофированы миндалины и спаяны с дужками), костная (кариес).

В клиническом анализе крови: анемия легкой степени, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

В б/химическом анализе крови: повышение ДФА, положительный С – реактивный белок, гипоальбуминемия, гиперглобулинемия.

Удлинение интервала PQ свидетельствует о нарушении атриовентрикулярной проводимости, снижение вольтажа зубцов может быть при поражении миокарда.

Можно предположить наличие миокардита.

Провести Эхокардиоскопию.

**Эталон к задаче № 4**

Физическое развитие: отстает от возраста (масса и рост в 1 центильном интервале)

Тахикардия, тахипноэ , т.к. Д : Р = 50 : 140 = 1 : 2, 8

Границы относительной сердечной тупости расширены влево и вправо. Аускультативно – органический шум.

Признаки сердечной недостаточности IIВ стадии, по правожелудочковому типу.

КТИ показывает соотношение поперечных размеров грудной клетки и сердца.

Нормальная величина КТИ в 2 года – 50, в данном случае – 55, что свидетельствует об увеличении размеров сердца.

Можно предположить ВПС (врожденный порок сердца) – тетраду Фалло.

Эхокардиоскопия, ЭКГ.

**Эталон к задаче № 5**

1.Физическое развитие нормальное, гармоничное (рост – 5 центильный интервал, масса – 5 центильный интервал).

ЧСС и АД в пределах возрастной нормы.

Признаков нарушения кровообращения нет, границы относительной сердечной тупости не расширены. Аускультативные данные характерны для функционального шума.

2. Эхокардиоскопия.

# **Практическое занятие № 9**

**Тема:** **Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Методика клинического обследования**

**Форма контроля – собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Морфологические и функциональные особенности органов пищеварения: полости рта, пищевода, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы.

2. Регуляция пищеварения у детей (роль парасимпатической и симпатической нервной системы, гормонов и активных полипептидов, клапанного аппарата желудочно-кишечного тракта. Влияние раннего прикладывания к груди на образование энтеральных гормонов у новорожденных).

3. Особенности пищеварения у детей (пищеварение в полости рта, в желудке, в тонком и толстом кишечнике. Роль нормальной микрофлоры кишечника).

4. **Методика исследования органов пищеварения:**

- жалобы, предъявляемые больными с патологией пищеварительной системы и их родителями;

- анамнез заболевания;

- особенности анамнеза жизни (факторы риска);

-цвет кожных покровов, слизистых оболочек;

- осмотр полости рта, зева;

- осмотр живота, ануса;

- поверхностная пальпация живота;

- глубокая пальпация живота: толстого, тонкого кишечника, желудка, поджелудочной железы (точки Дежардена, Мейо-Робсона, зона Шоффара); печени, желчного пузыря (пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера-Грекова, Георгиевского – Мюсси, Боаса);

- перкуссия живота (определение размеров печени по Курлову, наличие свободной жидкости в брюшной полости);

- аускультация живота.

5.Особенности методики исследования системы пищеварения у детей раннего возраста.

6. **Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Особенности регуляции пищеварения и всасывания у детей»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме** «**Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Методика клинического обследования»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Склонность детей первого года жизни к срыгиванию обусловлена тем, что:**

1) желудок расположен вертикально

2) дно желудка лежит ниже антрально-пилорического отдела

3) имеется высокий тонус кардиального сфинктера

4) слабая запирательная функция нижнего пищеводного сфинктера

5) высокий тонус пилорического отдела желудка

**2. К функциональным особенностям желудка детей первого полугодия жизни относятся:**

1) низкая кислотность (рН выше 4) 2) высокая кислотность (рН ниже 2)

3) высокая активность пепсина 4) высокая активность ренина и гастриксина

5) низкая протеолитическая активность 6) хорошо выражены защитные свойства

**3. У детей раннего возраста функциональными особенностями тонкой кишки являются:**

1) интенсивность полостного пищеварения больше, чем мембранного

2) всасывательная способность больше, чем у взрослого

3) дистантное пищеварение

4) низкая активность гидролитических ферментов

5) высокая проницаемость слизистой оболочки

**4. Транзит пищи по желудочно-кишечному тракту у детей 1 года жизни:**

1) происходит быстрее 4) при естественном вскармливании пища проходит быстрее

2) происходит медленнее 5) вид вскармливания не имеет значения

3) при искусственном вскармливании пища проходит быстрее

**5. При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются:**

1) бифидум-бактерии 2) ацидофильные палочки

3) кишечные палочки 4) энтерококки

**6. У здоровых детей нижний край печени выходит из-под правого края реберной дуги до:**

1) 3-5 лет 2) 5-7 лет 3) 7-9 лет 4) 9-11 лет

**7. К анатомическим особенностям печени у детей раннего возраста относятся:**

1) большая величина относительно массы тела 2) относительно большая правая доля

3) относительно большая левая доля 4) лябильность увеличения в размерах

5) возможность пальпации нижнего края

**8. К функциональным особенностям поджелудочной железы у детей первого года жизни относятся:**

1) высокая активность амилазы

2) низкая активность липазы

3) низкая активность трипсина

4) с возрастом сначала увеличивается активность амилазы, затем трипсина, позднее липазы

5) с возрастом сначала увеличивается активность трипсина, затем амилазы, липазы

6) становление ферментативной активности зависит от вида вскармливания

**9. Причины затрудненного усвоения жиров у детей раннего возраста:**

1) низкая активность липазы 2) хорошее эмульгирование жира

3) избыток желчных кислот 4) низкая активность желчных кислот

5) относительная гипопротеинемия

**10. В подвздошной кишке всасываются:**

1) дисахариды 2) аминокислоты

3) витамин В12 4) желчные кислоты 5) витамин Д

**11. В проксимальных отделах тонкого кишечника всасываются:**

1) витамин С 2) витамин В1 и В2 3) витамин В12

4) желчные кислоты 5) моносахариды

**12. Ферментами тонкого кишечника являются:**

1) сахараза 2) мальтаза 3) декстриназа 4) амилаза 5) катепсин

**13. Ферменты панкреатического сока:**

1) пепсин 2) трипсин 3) липаза 4) амилаза 5) лактаза

**14. Особенности толстой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:**

1) слепая кишка расположена выше 4) нисходящая ободочная кишка более узкая

2) слепая кишка хорошо фиксирована 5) сигмовидная кишка относительно короткая

3) восходящая ободочная кишка короче 6) сигмовидная кишка расположена выше, подвижна

**15. Особенности прямой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:**

1) относительно короткая 2) недоразвита ампула

3) плохо фиксирована 4) хорошо развит подслизистый слой

5) хорошо развит мышечный слой 6) слабо фиксирована слизистая оболочка

**16. Дополнить:**

Обильное слюнотечение вследствие недостаточной зрелости центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания наблюдается с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев.

**17. Установить соответствие:**

Возраст: Емкость желудка:

1) при рождении а) 7-10 мл

2) 10 дней б) 30

3) 1 год в) 80

4) 5 лет г) 100

5) 10 лет д) 250

е) 500

ж) 800

з) 1300-1500

Ответ: 1\_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_\_, 3\_\_\_\_\_\_, 4\_\_\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_\_.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Методика клинического обследования»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 2, 4, 5 | **7.** | 1, 3, 4, 5 | **13.** | 2, 3, 4 |
| **2.** | 1, 4, 5 | **8.** | 2, 3, 5, 6 | **14.** | 1, 3, 4, 6 |
| **3.** | 2, 3, 4, 5 | **9.** | 1, 4, 5 | **15.** | 2, 3, 4, 6 |
| **4.** | 1, 4 | **10.** | 3, 4 | **16.** | 4-5 мес |
| **5.** | 1 | **11.** | 1, 2, 5 | **17.** | 1-а, 2-в, 3-д, 4-е, 5-з |
| **6.** | 2 | **12.** | 1, 2, 3 |  |  |

# **Практическое занятие №10**

**Тема**: **Семиотика поражений органов пищеварения у детей**.

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Синдромы поражения пищеварительной системы и причины их возникновения:

**- болевой** (время возникновения болей, связь с приемом пищи, локализация, характер болей, длительность, периодичность, сезонность, чем купируются)

- **диспептический** (изменения аппетита, необычный привкус во рту, срыгивание, рвота и ее разновидности, отрыжка, изжога, тошнота, понос, запор).

- **интоксикации** (слабость, вялость, недомогание, повышение температуры)

- **мальабсорбции** ( понос с полифекалией, нарастающее истощение, увеличение живота , метеоризм, нарушение метаболизма)

- **желтухи** (желтушность слизистых, склер и кожи, гепатомегалия, кожный зуд, изменение окраски кала и мочи. Виды истинной желтухи: паренхиматозная, механическая, гемолитическая. Их дифференциальный диагноз)

- **поражения гепатобилиарной системы**: синдромы цитолиза, холестаза, недостаточности гепатоцитов, воспаления)

- **недостаточности печени**

- **«острого живота»**

2. Семиотика стула у детей разного возраста.

3. Нозологические формы патологии пищеварительной системы (понятие пилоростеноза, пилороспазма, гастрита, дуоденита, холецистита, холангита, дисфункций билиарного тракта, гепатита, панкреатита, внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, муковисцидоза, энтерита, колита.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание - представить в виде таблицы:

- характеристику синдромов поражения гепатобилиарной системы (синдромы цитолиза, холестаза, недостаточности гепатоцитов, синдром воспаления);

- дифференциальный диагноз желтух.

* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Болевой абдоминальный синдром у детей»;
* «Синдром нарушенного кишечного всасывания: причины, клиника, диагностика»;

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Семиотика поражений органов пищеварения у детей»**

**Выбрать правильные ответы**

**1. Для поражения желчного пузыря характерны следующие положительные симптомы:**

1) Ортнера 2) Мюсси

3) болезненность в зоне Шоффара 4) Кера

5) болезненность в т. Дежардена 6) симптом Пастернацкого

**2. Причины увеличения живота в размерах.**

1) метеоризм 2) дизентерия

3) гепатоспленомегалия 4) асцит

5) перитонит 6) гипотония мышц передней брюшной стенки

7) опухоли брюшной полости

**3. Рвота «фонтаном» бывает при:**

1) пневмонии 2) пилороспазме 3) пилоростенозе 4) менингите 5) дизентерии

**4. Полифекалия характерна для следующих заболеваний:**

1) сальмонеллез 2) целиакия 3) гепатит 4) дисахаридазная недостаточность

**5. При поражении поджелудочной железы определяют:**

1) болезненность в т. Дежардена 2) болезненность в т. Мейо-Робсона

3) болезненность в зоне Шоффара 4) положительный симптом Кера

5) положительный симптом Мерфи

5) наличие йодофильной флоры

**6. Синдромы поражения пищеварительной системы:**

1) с-м «острого живота» 2) с-м желтухи

3) отечный 4) болевой

5) диспептический 6) дизурический

7) интоксикации 8) с-м мальабсорбции

**7. Указать последовательность глубокой пальпации живота:**

1) слепая кишка 2) восходящая часть толстого кишечника

3) сигмовидная кишка 4) нисходящая часть толстого кишечника

5) тонкий кишечник 6) поперечно-ободочная кишка

7) печень 8) поджелудочная железа

9) селезенка 10) желудок

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Семиотика поражений органов пищеварения у детей»**

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

**Ситуационные задачи по теме**

**«Семиотика поражений органов пищеварения у детей»**

**Задача № 1**

Больная Катя В, 8 лет, поступила в детское отделение с жалобами на боли в околопупочной области и правом подреберье ноющего характера, возникающие чаще после приема жирной пищи. Девочку часто беспокоит тошнота, иногда бывает рвота. Аппетит постоянно снижен.

**Из анамнеза**: девочка от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины. Родилась с массой 3000,0, длиной 50 см, на 8 баллов по шкале Апгар. К груди приложена через 2 часа. На естественном вскармливании до 3 месяцев, затем на искусственном, неадаптированными смесями.

Перенесенные заболевания: кишечная инфекция протейной этиологии по типу энтерита на 1 году, ОРВИ 2-3 раза в год, ветряная оспа, краснуха, бронхит.

Наследственность: у матери хронический гастродуоденит, холецистит, бабушка по линии матери страдает желчекаменной болезнью.

Аллергологический анамнез: девочка не переносит шоколад, цитрусовые.

**Объективно**: рост 125 см, масса 22 кг, кожные покровы бледные, суховатые. Зев не гиперемирован. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 92 в 1 мин. Д - 23 в 1 мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. Печень + 1,5 см из-под реберной дуги, край эластичный, ровный, умеренно болезненный. Симптомы Кера, Ортнера положительные. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в 2-3 дня оформленный.

**Вопросы**:

1. Оцените анамнез жизни, выделите факторы риска.

2. Оцените данные объективного исследования ребенка (физическое развитие, ЧСС, ЧД).

3. Поражение какой системы имеется у ребенка?

4. Выделите основные синдромы поражения у данной больной.

5. Какие дополнительные методы исследования, по Вашему мнению, следует провести?

**Задача № 2**

Больная Лена Н, 12 лет, обратилась к врачу с жалобами на ноющие боли в надчревной области, возникающие чаще натощак, уменьшающиеся после приема пищи. Иногда беспокоит изжога. Боли отмечаются около 1,5 лет, последние 2 месяца участились (беспокоят почти ежедневно) и усилились.

**Из анамнеза**  жизни: девочка от 1 нормально протекавшей беременности, 1 срочных родов. На естественном вскармливании до 2 месяцев, затем на искусственном из-за гипогалактии у матери. На 1 году перенесла желудочно-кишечное заболевание. В 5 лет пневмонию, лямблиоз кишечника в 7 лет. Наследственность: у отца язвенная болезнь желудка, бабушка по линии матери страдает хроническим холециститом.

**Объективно**: состояние средней тяжести, рост 150 см, масса 33 кг, быстро устает, язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС - 88 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в области пупка. Печень не пальпируется. Стул - 1 раз в 3 дня, оформленный.

**Вопросы**:

1. Оцените анамнез жизни с выделением факторов риска.

2. Оцените объективные данные (физическое развитие, ЧСС).

3. Поражение какой системы имеется у ребенка?

4. Выделите основные синдромы поражения.

5. Какие дополнительные методы исследования Вы бы провели данной больной?

**Задача № 3**

Больная Лена К, 13 лет, обратилась к врачу с жалобами на плохой аппетит, утомляемость, недомогание, периодически - тошноту, тяжесть в правом подреберье, особенно после приема в пищу жирного или жаренного.

**Из анамнеза**: девочка родилась от 2 нормальной протекавшей беременности, 2 срочных родов, в ягодичном предлежании, на 6 баллов по шкале Апгар, с массой 3000,0, длиной 50 см. К груди приложена на 3 сутки. На естественном вскармливании до 4,5 месяцев. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа, краснуха, бронхит, вирусный гепатит 2 года назад. Страдает пищевой аллергией на цитрусовые и шоколад. Родители здоровы, у бабушки по линии отца остеохондроз, ишемическая болезнь сердца, у деда по линии матери - сахарный диабет.

**Объективно**: девочка правильного телосложения, рост 152 см, масса 39 кг. Бледная. отмечается субиктеричность склер. Язык умеренно обложен белым налетом. Есть кариозные зубы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС - 82 в 1 мин. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный в правом подреберье, печень + 1,5 см из-под реберной дуги, край плотный, эластичный, гладкий. Симптом Кера положительный. Селезенка, почки не пальпируются. Стул часто неустойчивый.

**Вопросы:**

1. Оцените анамнез жизни с выделением факторов риска.

2. Оцените объективные данные (ФР, ЧСС).

3. Поражение каких систем имеется у данного ребенка?

4. Выделите основные синдромы поражения.

5. Какие дополнительные методы исследования, с вашей точки зрения, необходимо провести данной больной?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Семиотика поражений органов пищеварения у детей"**

**Эталон к задаче № 1**

1.Анамнез жизни отягощен.

Факторы риска в анамнезе жизни:

- токсикоз беременности у матери;

- кишечная инфекция у ребенка в раннем возрасте;

- отягощенная наследственность по патологии

пищеварительной системы

- пищевая аллергия;

- ранний перевод на искусственное вскармливание.

2. Данные объективного исследования: ФР нормальное, гармоничное (рост - 4 цент.кор., масса - 3 цент.кор.), ЧСС и ЧД в пределах возрастной нормы.

3. Поражена пищеварительная система.

4. Синдромы поражения: болевой, диспептический.

5. Дополнительные методы исследования:

- УЗИ органов пищеварения;

- дуоденальное зондирование с посевом желчи на флору;

- копрограмма;

- кал на дисбактериоз;

- клинический анализ крови на предмет анемии (девочка бледная).

**Эталон к задаче № 2**

1. Факторы риска в анамнезе жизни:

- раннее искусственное вскармливание;

- кишечная инфекция в раннем возрасте;

- глистная инвазия (лямблиоз) в 7 лет;

- наследственность отягощена по патологии пищеварительной системы.

2. ФР: нормальное, дисгармоничное (рост - 5 цент.кор., масса - 3 цент.кор.) ЧСС в пределах возрастной нормы.

3. Поражена система пищеварения.

4. Основные синдромы поражения: болевой, диспептический.

5. Целесообразно провести дополнительные методы обследования:

- УЗИ органов пищеварения;

- ЭГДС с РН-метрией;

- копрограмма, кал на лямблии;

- кал на дисбактериоз.

**Эталон к задаче № 3**

1. Факторы риска в анамнезе жизни:

- ягодичное предлежание плода;

- асфиксия легкой степени при рождении;

- позднее прикладывание ребенка к груди;

- раннее искусственное вскармливание;

- перенесла вирусный гепатит;

- пищевая аллергия;

- патология обмена веществ у родственников.

2. ФР: нормальное, гармоничное (рост - 4 цент.кор., масса - 3 цент.кор.) ЧСС в пределах возрастной нормы.

3. Поражены пищеварительная система, костная система (кариес).

4. Основные синдромы поражения: болевой, диспептический, интоксикации.

5. Целесообразно провести дополнительные методы исследования:

- УЗИ органов пищеварения;

- дуоденальное зондирование с посевом желчи на флору;

- клинический анализ крови;

- б/химический анализ крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, В-липопротеиды, билирубин и его фракции, трансаминазы (АЛАТ, АСАТ);

- копрограмма;

- посев кала на дисбактериоз;

- соскоб на я/глистов.

**Практическое занятие №11**

**Тема: Лабораторные и инструментальные методы исследования органов пищеварения в детском возрасте.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Методы исследования системы пищеварения у детей и показания к их применению: **УЗИ** печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

2. **Эдоскопические методы** исследования: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией слизистой и определением Helicobacter pylori в биоптате, колонофиброскопия, ректороманоскопия, лапароскопия.

**3. Функциональные методы** исследования органов пищеварения**:** интрагастральная РН-метрия, многомоментное дуоденальное зондирование, биохимия сыворотки крови в оценке состояния печени (общий белок, белковые фракции, протромбин, фибриноген, сулемовая проба, тимоловая проба, холестерин, β- липопротеиды, глюкоза, билирубин и его фракции, трансаминазы (АЛАТ, АСАТ), ЛДГ5, МДГ3.

4. **Определение содержания панкреатических ферментов** в крови (амилаза, липаза, эластаза-1, трипсин) и моче (амилаза, липаза).

5. **Рентгенологические методы** исследования: R-скопия (графия) пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с сульфатом бария, ирригоскопия (графия), холецистография, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

6. **Радиологические методы** исследования: сцинтиграфия.

7. **Копрологические методы** исследования: копрограмма с определением рН кала, кал на я/глистов, кал на трипсин, определение содержания эластазы-1 в кале, кал на скрытую кровь, перианальный соскоб на я/гл.

8. **Бактериологические методы** исследования: посев из прямой кишки на дизентерийную группу, сальмонеллез, посев кала на диз. группу, сальмонеллез; посев кала на дисбактериоз; посев желчи на флору.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание - представить в виде таблицы:

- нормативы показателей биохимического анализа крови, характеризующие функциональное состояние печени;

* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Копрологические синдромы»;
* «Эндоскопические методы исследования органов пищеварения у детей»»

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов пищеварения в детском возрасте»**

**Выбрать правильные ответы**

**1. Для получения пузырной желчи при дуоденальном зондировании больному вводят:**

1) 0,1% р-р гистамина 2) мясной бульон 3) 25% р-р магнезии

4) капустный отвар 5) пентагастрин 6) 20% р-р глюкозы

**2. Непосредственное поражение гепатоцитов (с-м Цитолиза) может быть диагностировано на основании:**

1) повышения транасаминаз

2) повышения уровня холестерина

3) повышения уровня щелочной фосфатазы

4) повышения пятой фракции лактат-дегидрогеназы

5) уровня урокиназы

**3. Какие результаты исследования копрограммы свидетельствуют о функциональной недостаточности тонкой кишки:**

1) наличие неизмененных мышечных волокон 2) наличие жирных кислот

3) наличие мыл жирных кислот 4) наличие нейтрального жира

5) наличие йодофильной флоры

**4. О кислотообразующей функции желудка можно судить на основании исследований:**

1) фиброгастродуоденоскопия

2) РН-метрия 3) R-логическое исследование желудка

**5. О функциональном состоянии печени можно судить по следующим биохимическим показателям сыворотки крови:**

1) глюкоза 2) общий белок 3) мочевина 4) калий

5) натрий 6) холестерин 7) кальций 8) билирубин

9) В-липопротеиды

10) аланиновая и аспарагиновая трансаминазы

**Дополнить**

**6. Время появления, время выделения и объем желчи при дуоденальном зондировании определяют для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**7. Получение пузырной желчи при дуоденальном зондировании стимулируется введением в зонд\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ из расчета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов пищеварения в детском возрасте»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 3, 6 |  |  |
| **2.** | 1, 4, 5 |  |  |
| **3.** | 1, 2, 4 |  |  |
| **4.** | 2 | **6.** | диагностики дискинезий (нарушения моторики желчевыводящих путей) |
| **5.** | 1, 2, 6, 8, 9, 10 |  |  |
|  |  | **7.** | р-ра 20% глюкозы или 25% магнезии из расчета 0,3 – 0,5 мл/кг массы |

**Ситуационные задачи по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов пищеварения в детском возрасте»**

**Задача № 1**

Больной Максим С., 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли режущего характера в эпигастрии и области пупка, возникающие, как правило, натощак. После приема пищи боли уменьшаются, но затем возникают вновь. Часто возникает изжога.

**Из анамнеза**: мальчик от 2 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота), угрозой прерывания беременности во 2 половине, 2 срочных родов на сроке 36 недель. Родился с массой 2900,0 кг, длиной 49 см, в ягодичном предлежании, закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. К груди приложен на 3 сутки. На естественном вскармливании до 4 месяцев. Перенес ОРВИ, эпидемический паротит, ветряную оспу, пневмонию. Отец страдает хроническим гиперацидным гастродуоденитом, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

**Объективно**: правильного телосложения, рост 162 см, масса 48 кг, кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, ЧД - 20 мин., тоны сердца громкие, дыхательная аритмия, ЧСС - 78 в мин. Аппетит сохранен. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии, правом подреберье, здесь же напряжение мышц передней брюшной стенки. Печень не пальпируется. Стул типа “овечьего”, 3-4 раза в неделю. Мальчик легко возбудимый, вспыльчивый, часто конфликтует дома и в школе с одноклассниками, курит с 12 лет.

**Вопросы:**

1. Оцените анамнез жизни с выделением факторов риска.

2. Оцените объективные данные (ФР, особенности НПР, ЧД, ЧСС).

3. Поражение каких систем имеется у данного ребенка?

4. Выделите основные синдромы поражения.

5. Какие дополнительные методы исследования, по вашему мнению, следует провести данному больному.

**Задача № 2**

Больная Наташа К., 6 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в животе режущего характера, снижение аппетита, тошноту, склонность к высыпаниям крапивницы, зуд в области ануса. Девочка похудела, стала раздражительной, плохо спит.

**Из анамнеза жизни**: родилась в срок, с массой 3200,0 кг, с 3,5 месяцев на искусственном вскармливании. Посещает детский сад с 1,5 лет. В раннем возрасте отмечалась сыпь на цитрусовые. Дома есть собака и кошка.

**Объективно**: ребенок бледный, рост 115 см, масса 17 кг, отмечаются периорбитальные тени. Язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца средней громкости, ритмичные, ЧСС - 100 в мин., Д - 24 в 1 мин. Живот умеренно вздут, небольшая болезненность по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

В **ОА крови**: Нв-100 г/л, эр. 3,5 х 1012/л, ЦП 0,9, Л-6,8 х 109/л, э -7% п-3%, с/я -50%, л-32%, м-8%, СОЭ 10 мм/ч.

**Вопросы**:

1. Оцените анамнез жизни с выделением факторов риска.

2. Оцените объективные данные (ФР, ЧСС, ЧД).

3. Оцените клинический анализ крови.

4. Поражение каких систем имеется у ребенка?

5. Выделите основные синдромы поражения.

6. Какие дополнительные методы исследования, по вашему мнению, следует провести данной больной?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов пищеварения в детском возрасте»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Факторы риска в анамнезе: патология беременности у матери;

- недоношенность;

- ягодичное предлежание плода;

- родился в асфиксии;

- позднее прикладывание к груди;

- ранее искусственное вскармливание;

- патология пищеварительной системы у отца;

- вредные привычки у мальчика - курение.

2. ФР: нормальное, гармоничное (рост - 6 цент.кор., масса - 5 цент.кор.). Отклонения: в НПР - эмоциональная лабильность, отклонение в социальных контактах. ЧД, ЧСС по возрасту.

3. Поражение пищеварительной системы, нервной системы.

4. Основные синдромы поражения: болевой, диспептический.

5. Следует провести дополнительные методы исследования:

- УЗИ органов пищеварения;

- ЭГДС, РН-метрия желудка;

- копрограмма;

- посев кала на дисбактериоз;

- клинический анализ крови на предмет анемии.

**Эталон к задаче № 2**

1. Факторы риска в анамнезе:

- раннее искусственное вскармливание;

- пищевая аллергия;

- риск глистной инвазии (дома есть животные).

2. ФР с отклонением: пониженная масса при нормальной длине тела (рост 5 цент.кор., масса - 2 цент.кор.), резко дисгармоничное. ЧД и ЧСС в пределах возрастной нормы.

3. В клиническом анализе крови - анемия легкой степени, нормохромная, эозинофилия.

4. Поражены системы: пищеварительная, нервная, кожа, кроветворная (анемия).

5. Основные синдромы поражения: болевой, диспептический, кожный, интоксикации.

6. Дополнительные методы исследования:

- соскоб на я/глистов № 3; - кал на лямблии;

- кал на я/глистов; - копрограмма;

- УЗИ органов пищеварения.

# **Практическое занятие № 12**

**Тема: Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы у детей. Методика клинического обследования**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**

1. Кроветворение во внутриутробном периоде, его особенности:

* этапы кроветворения в зависимости от гестационного возраста

(ангиобластический, печеночно-селезеночный, костно-мозговой),

* типы гемоглобина у плода (примитивный Нв Р, фетальный Нв F, гемоглобин взрослого Нв А).

1. Кроветворение после рождения ребенка, изменение типов гемоглобина.
2. Основные функции крови. Современная схема кроветворения.

4. Методика клинического обследования органов кроветворения у детей с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей:

* жалобы,
* анамнез жизни с выделением факторов риска, значение генетического анамнеза;
* *осмотр*:

- оценка общего состояния и самочувствия, сознания, возможные отклонения в физическом и нервно-психическом развитии, цвет кожи, склер, видимых слизистых оболочек, состояние волос, ногтей, состояние небных миндалин, область периферических лимфатических узлов, суставы, область живота;

- эндотелиальные пробы на резистентность капилляров (Кожевниковой, жгута, щипка, молоточковая, уколочная, манжеточная);

- *пальпация* периферических лимфатических узлов (величина, количество, консистенция, болезненность, отношение к окружающим тканям);

- пальпация живота, печени, селезенки;

- *перкуссия* трубчатых костей, печени (определение размеров по Курлову), селезенки (длинник, поперечник);

- аускультация сердца и сосудов, измерение артериального давления.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание – перечислить

- группы периферических лимфоузлов и характеристики лимфоузлов

* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Особенности кроветворения во внутриутробном периоде. Кроветворение после рождения ребенка»
* «Основные функции крови. Современная схема кроветворения»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме «Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы у детей. Методика клинического обследования»**

**1. Установите соответствие этапов эмбрионального кроветворения срокам гестации:**

**Э т а п ы С р о к и**

1) мегалобластический а) 3 недели

2) печеночный б) 6 недель

3) селезеночный в) 12 недель

4) костно-мозговой г) 16-20 недель

д) 30 недель

Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_\_ . 4. \_\_\_\_ .

**Выберите правильные ответы**

**2. Преобладающий тип гемоглобина во внутриутробном периоде:**

1) примитивный 2) фетальный 3) взрослого

**3. Перечислите основные функции крови:** 1\_\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_6\_\_\_\_\_7\_\_\_\_\_

**Выберите правильные ответы**

**4. Основные функции гемоглобина:**

1) транспорт кислорода к тканям 2) транспорт углекислого газа к легким

3) фагоцитоз 4) буферные свойства (регуляция кислотно-основного состояния)

**5. У здорового ребенка пальпируются периферические лимфоузлы:**

1) подчелюстные 2) надключичные 3) подмышечные

4) торакальные 5) паховые 6) подколенные.

**6. Селезенка у здорового ребенка:**

1) пальпируется 2) не пальпируется.

**7. У больного ребенка селезенка доступна пальпации при ее увеличении:**

1) в 1,5 раза 2) в 2-3 раза.

**8. У здорового ребенка в возрасте до 5 лет нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на:**

1) 1-2 см 2) 3-4 см.

**9. Смена типов гемоглобина после рождения предрасполагает к развитию у ребенка:**

1) тромбоцитопений 2) анемий 3) лейкопений

**10. В гемограмме здорового новорожденного отмечаются физиологические:**

1) эритроцитоз 2) лейкоцитоз 3) ретикулоцитоз 4) тромбоцитоз

**11. Установите соответствие:**

Красная кровь новорожденного в первый день жизни характеризуется содержанием:

1) гемоглобина а) 5,4 – 7,2 х 1012л

2) эритроцитов б) 3 – 5 х 1012

3) ретикулоцитов в) 180 – 240 г / л

г) 150 – 180 г/ л

д) 1 – 2 %

е) 1,3 – 4,2 %

Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_ . 3. \_\_\_\_ .

**12. Показателями интенсивного эритропоэза у ребенка в первые дни после рождения как реакции на гипоксию в родах являются:**

1) эритроцитоз 2) повышенное количество гемоглобина

3) присутствие молодых незрелых форм эритроцитов в крови 4) тромбоцитоз

**13. Содержание стволовых клеток в пуповинной крови новорожденного:**

1) повышено 2) понижено.

**14. Установите соответствие:**

Длительность жизни эритроцитов у детей составляет:

1) в раннем неонатальном периоде а) 60-120 дней

2) в возрасте старше одного года б) 12 дней

Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_ .

**15. Дополните:**

Причиной физиологической гипербилирубинемии новорожденных является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Выберите правильный ответ**

**16. Количество лейкоцитов в крови новорожденного в первые дни после рождения составляет:**

1) 10-12 х 109 /л 2) 18-20 х 109 /л (физиологический лейкоцитоз).

**17. Установите соответствие:**

Процент нейтрофилов (а) и лимфоцитов (б) в крови новорожденного в первые дни жизни составляет:

1) 10-20% 2) 20-30% 3) 60-70%.

**Выберите правильный ответ**

**18. Первый перекрест в формуле белой крови с содержанием нейтрофилов и лимфоцитов по 40-44% наблюдается у новорожденного на:**

1) 2-3 день жизни 2) 5 день жизни 3) 10 день жизни.

**19. Установите соответствие:**

Каково % содержание нейтрофилов (а) и лимфоцитов (б) в лейкоцитарой формуле ребенка в возрасте старше пяти дней и до пяти лет?

1) 10-20% 2) 20-30% 3) 60-70%.

**Выберите правильный ответ**

**20. Укажите возраст второго перекреста в лейкоцитарной формуле у детей:**

1) 2-3 года 2) 5 лет 3) 10 лет.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы у детей. Методика клинического обследования»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1-а, 2-б, 3-в, 4-г | **8.** | 1 | **15.** | малая продолжительность жизни эритроцитов |
| **2.** | 2 | **9.** | 2 | **16.** | 2 |
| **3.** | гомеостатическая  дыхательная  гемостатическая  транспортная  защитная  гуморальная  экскреторная | **10.** | 1, 2, 3 | **17.** | а-3, б-2 |
| **4.** | 1, 2, 4 | **11.** | 1-в, 2-а, 3-е | **18.** | 2 |
| **5.** | 1, 3, 5 | **12.** | 1, 2, 3 | **19.** | а-2, б-3 |
| **6.** | 2 | **13.** | 1 | **20.** | 2 |
| **7.** | 2 | **14.** | 1-б, 2-а |  |  |

# **Практическое занятие № 13**

**Тема: Семиотика поражений кроветворной системы у детей**.

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**

1. Основные синдромы при заболеваниях крови у детей:

* анемический, степени тяжести анемии;
* синдром лейкоцитоза и лейкопении, лейкемоидные реакции;
* тканевого дефицита железа (сидеропенический), метаболизм железа, его распределение в организме;
* геморрагический (синдром кровоточивости). Типы кровоточивости, связь с патологией: гематомный (гемофилия), петехиально-пятнистый (идиопатическая тромбоцито-пеническая пурпура, вторичная тромбоцитопения при лейкозе), васкулитно-пурпурный (системный микротромбоваскулит), ангиоматозный;
* токсический (лейкоз, лимфогранулематоз);
* лимфопролиферативный (увеличение лимфатических узлов, гепатомегалия, спленомегалия);
* гемолитический (синдром желтухи)

2. Понятие об основных нозологических формах заболеваний крови у детей:

* железодефицитные состояния (латентный дефицит железа, железодефицитная анемия);

Факторы, предрасполагающие к развитию анемии у детей первого года жизни (смена типа гемоглобина, недоношенность, крупный вес при рождении, рождение из двойни, наличие анемии у матери во время беременности, дефекты питания – кормление ребенка искусственными неадаптированными смесями в виде молока и кефира в первом полугодии, позднее введение мясного пюре после 7 мес.)

* белково-витаминодефицитные анемии; роль витамина В 12, фолиевой кислоты, мегалобластные анемии при их дефиците;
* острые постгеморрагические анемии;
* наследственная гемолитическая микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара;
* гипопластические анемии;
* идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;
* системный микротромбоваскулит;
* коагулопатии, гемофилия;
* лейкоз;
* лимфогранулематоз.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Характеристика нозологических форм заболеваний крови у детей: железодефицитная анемия (причины, клинические проявления, диагностика)»
* « Понятие о болезнях гемостаза . Гемофилии А, В, С (причины, клиника, лабораторная диагностика)»
* «Синдром увеличения лимфатических узлов у детей».

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

«**Семиотика поражений кроветворной системы у детей**»

**Выберите правильные ответы**

**1. Перечислите эндотелиальные пробы (на резистентность стенки капилляров):**

1) Франка 2) Кожевниковой 3) жгута

4) щипка 5) молоточковая 6) уколочная 7) манжеточная

**2. Повышенная ломкость сосудов при накладывании на плечо жгута на 3-5 минут подтверждается появлением петехий в количестве:**

1) 1-2 2) более 4-5

**Установите соответствие:**

**3. Повышенная проницаемость сосудов в пробах:**

1) Кожевниковой (растирание кожи локтевой ямки ватой со спиртом), 2) щипка и молоточковой подтверждается наличием

а) петехий в количестве более 4-5

б) экхимоза.

Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_ .

**4. Манжеточная проба на повышенную проницаемость капилляров, которая заключается в пятиминутном сдавлении плеча манжеткой измерителя артериального давления на величину 90-100 мм, считается положительной при наличии на участке кожи предплечья петехий в количестве:**

1) более 3- 5 2) менее 3 – 5

**Выберите правильные ответы**

**5. Увеличение внутригрудных лимфоузлов выявляется симптомами:**

1) Филатова 2) Мерфи 3) «чаши» Философова

4) Кораньи 5) Аркавина 6) Домбровской

**6. При увеличении лимфоузлов переднего средостения выявляются положительные симптомы:**

1) Филатова 2) «чаши» Философова 3) Кернига

**7. Установите соответствие:**

Положительные симптомы:

1) Филатова

2) «чаши» Философова характеризуются

а) укорочением перкуторного звука в области 1-2 межреберных промежутков спереди у грудины

б) укорочением перкуторного звука спереди в области рукоятки грудины

Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_ .

**Выберите правильный ответ**

**8. Положительный симптом «чаши» Философова свидетельствует об увеличении:**

1) лимфатических узлов переднего средостения,

2) вилочкой железы (тимуса)

3) лимфатических узлов корня легкого

**9. Установите соответствие:**

Положительный симптом Кораньи (увеличение бифуркационных и паратрахеальных лимфатических узлов) проявляется укорочением перкуторного звука при непосредственной перкуссии по остистым отросткам от 7-8 грудных позвонков снизу вверх у детей **1) раннего** и **2) старшего возраста** соответственно на уровне

а) ниже 2 грудного позвонка

б) ниже 4 грудного позвонка. Ответ: 1. \_\_\_\_ . 2. \_\_\_\_\_ .

**Выберите правильные ответы**

**10. Увеличение бронхо-пульмональных лимфоузлов выявляется положительными симптомами:**

1) Маслова 2) Аркавина 3) Мерфи

**11. Положительный симптом Аркавина (увеличение бронхо-пульмональных лимфатических узлов в области корня легкого) характеризуется укорочением перкуторного звука в:**

1) паравертебральных областях

2) подмышечной области (при перкуссии по передней подмышечной линии снизу вверх)

**12. Положительный симптом Маслова (увеличение бронхо-пульмональных лимфатических узлов) характеризуется укорочением перкуторного звука сзади в паравертебральных областях на уровне 3-4 грудных позвонков. Приведенное утверждение:**

1) верно 2) неверно

1) Ферритина 2) трансферрина

**13. Патогенетической основой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры является:**

1) иммунокомплексный механизм

2) появление аутоантител к тромбоцитам с последующим их тромбоцитолизом

**14. Кровоизлияния в суставы характерны для:**

1) идиопатической тромбоцитопенической пурпуры 2) гемофилии

**15. При гемофилии геморрагический синдром относится к следующему типу кровоточивости:**

1) петехиально-пятнистому 2) гематомному 3) васкулитно-пурпурному

**16. К лабораторным признакам железодефицитной анемии относят:**

1) микросфероцитоз 2) анизо-пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу

**17. Увеличение печени и селезенки при лейкозе обусловлено:**

1) метастазированием бластных клеток

2) появлением очагов экстрамедуллярного кровотворения

**18. Причины тромбоцитопении при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:**

1) недостаточное образование тромбоцитов

2) повышенное разрушение тромбоцитов

3) перераспределение тромбоцитов

**19. Мегакариоцитарный росток в миелограмме больного с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой:**

1) в норме 2) угнетен 3) расширен

**20. Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:**

1) нарушением сосудисто-тромбоцитарного гемостаза

2) дефицитом плазменных факторов свертывания крови

**21. Патогенез кровоточивости гематомного типа при гемофилии обусловлен:**

1) патологией сосудистой стенки

2) нарушением сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

3) дефицитом плазменных факторов свертывания (VIII, IX или ХI)

**22. Диагноз лейкоза подтверждается обнаружением бластных клеток в миелограмме в количестве:**

1) 2% 2) 25% и более 3) 10%.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Семиотика поражений кроветворной системы у детей»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 2, 3, 4, 5, 6, 7 | **12.** | 1 |
| **2.** | 2 | **13.** | 2 |
| **3.** | 1-а, 2-б | **14.** | 2 |
| **4.** | 1 | **15.** | 2 |
| **5.** | 1, 3, 4, 5 | **16.** | 2 |
| **6.** | 1, 2 | **17.** | 1 |
| **7.** | 1-б, 2-а | **18.** | 2 |
| **8.** | 1 | **19.** | 3 |
| **9.** | 1-а, 2-б | **20.** | 1 |
| **10.** | 1, 2 | **21.** | 3 |
| **11.** | 2 | **22.** | 2 |

**Ситуационные задачи для контроля знаний по теме**

«**Семиотика поражений кроветворения у детей**»

**Задача №1**

Ребенок 5 лет поступил в приемный покой ОДКБ в тяжелом состоянии. Лихорадит до 39 С0. Бледен. На коже голеней экхимозы. Отмечалось обильное носовое кровотечение. Отмечается увеличение живота в верхних отделах. Печень выступает на 6 см ниже реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка пальпируется на 4 см из-под левого подреберья. В гемограмме выявлена анемия, тромбоцитопения, бластные клетки.

1. Перечислите клинические синдромы.

2. Чем обусловлен геморрагический синдром?

3. Какое заболевание можно предполагать?

4. Какой метод исследования подтвердит предполагаемый диагноз?

**Задача №2**

3-летний ребенок поступил в стационар по поводу желтухи. Состояние средней тяжести. Бледен. Желтушное окрашивание склер, кожи, слизистых оболочек. Печень пальпируется на 1 см ниже правого подреберья, селезенка – на 5 см, плотной консистенции. Кал темно-коричневого цвета. У матери ребенка в анамнезе – спленэктомия.

**В гемограмме** – Нв 100 г/л, эритроциты - 2,8х1012 /л , эритроциты в виде микроцитов и сфероцитов. Осмотическая стойкость эритроцитов: минимальная – 0,6% раствор хлорида натрия, максимальная – 0, 4% раствор хлорида натрия.

1. Выделите клинические синдромы заболевания.

2. Укажите характер изменений в гемограмме?

3. О каком заболевании можно думать?

**Задача №3**

Мальчик 10 лет, болен 2 года. Беспокоит кровоизлияние по типу гематомы в области правой голени, болезненность и припухлость в области правого коленного сустава. Обострение заболевания связано с травмой. Длительность кровотечения по Дьюку – 3 минуты. Время свертывания по Ли-Уайту – более 10 минут.

1.Назовите клинические проявления заболевания и тип кровоточивости.

2.Исходя из представленных лабораторных показателей, укажите, какая фаза плазменного гемостаза нарушена у больного?

3.Какое заболевание можно предполагать?

4.Что подтвердит ваше предположение?

**Задача №4**

У мальчика 10 лет, спустя 10 дней после перенесенной ангины, появились высыпания на ягодицах и передней поверхности голеней по типу геморрагической пятнисто-папулезной сыпи, зудящей, симметрично-расположенной. Через 3 дня присоединилась припухлость, ограничение движений и болезненность в области левого голеностопного сустава и выраженный болевой абдоминальный синдром. Осмотрен хирургом, данных за «острый» живот не найдено.

1. Какие синдромы присутствуют у ребенка?

2. Какое заболевание можно предположить?

3. Какие лабораторные исследования следует назначить для подтверждения диагноза?

**Задача №5**

Девочка 13 лет поступила в стационар по поводу маточного кровотечения. На коже туловища и конечностей отмечается обильный геморрагический синдром по типу экхимозов. Печень и селезенка не пальпируются.

**В гемограмме** – Нв 98 г/л, эритроциты – 2,5 х 1012 /л, тромбоциты – 30 х 109 /л, лейкоциты – 7 х 109 /л, СОЭ – 8 мм/час. В миелограмме отмечается расширение мегакариоцитарного ростка.

1. Какие клинико-лабораторные синдромы присутствуют у больного ребенка?

2. Какое заболевание можно предположить?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Семиотика поражений кроветворной системы у детей»**

**Эталон к задаче №1**

1. Синдромы интоксикации, анемический, геморрагический, пролиферативный.

2 . Тромбоцитопенией. 3. Лейкоз. 4. Костно-мозговая пункция.

**Эталон к задаче №2**

1. Синдромы желтухи, анемический и спленомегалии.

2. В гемограмме - анемия, микроцитоз, сфероцитоз, сниженная осмотическая стойкость эритроцитов.

3. Наследственной гемолитической микросфероцитарной анемии Минковского-Шоффара.

**Эталон к задаче №3**

1. Гематома и гемартроз указывают на гематомный тип кровоточивости.

2. У больного нарушена 1 фаза плазменного коагуляционного гемостаза.

3. Гемофилию.

4. Определение активности антигемофильного глобулина.

**Эталон к задаче №4**

1. Кожная пурпура, суставной, абдоминальный.

2. Системный микротромбоваскулит.

3. Клинический анализ крови (выявляет лейкоцитоз, увеличение СОЭ), фибриноген крови, время свертывания по Ли-Уайту (обнаруживает гиперкоагуляцию).

**Эталон к задаче №5**

1. Геморрагический (экхимозы, маточное кровотечение), анемический синдромы, тромбоцитопения.

2. Идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру.

**Практическое занятие №14**

**Тема: Лабораторные и инструментальные методы исследования органов кроветворения в детском возрасте.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Состав  *периферической крови* в первые дни после рождения:

* характеристика  *эритропоэза*, физиологическая полицитемия, макроцитоз, содержание эритроцитов, гемоглобина, состав гемоглобина;
* гематокрит;
* физиологический *ретикулоцитоз;*
* осмотическая резистентность эритроцитов;
* скорость оседания эритроцитов;
* время жизни эритроцитов, физиологическая *желтуха* новорожденного;
* *лейкопоэз*, физиологический лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
* процентное содержание нейтрофилов и лимфоцитов после рождения, на 5 день жизни (первый перекрест), старше 5-ти дневного возраста, в возрасте 5 лет (второй перекрест) и старше;
* *тромбоцитопоэз*, функции тромбоцитов (ангио-трофическая, адгезивно-агрегационная, роль в первичном гемостазе – образовании тромбоцитарного тромба, ретракции кровяного сгустка).

2. Особенности состава периферической крови у детей грудного возраста и старше года.

3. Алгоритм определения возраста здорового ребенка по гемограмме:

* оценка % содержания нейтрофилов и лимфоцитов;
* оценка эритропоэза;
* заключение о предполагаемом возрасте.

4. Особенности системы  *свертывания*  крови, звенья гемостаза – первичный (сосудисто-тромбоцитарный), вторичный (плазменный)

* исследование *сосудисто-тромбоцитарного*  гемостаза: длительность капиллярного кровотечения по *Дюке,*  число *тромбоцитов* крови,
* исследование  *плазменного* гемостаза: время свертывания крови по Ли-Уайту, Бюркеру,

активность факторов – ХII, ХI, IХ, VIII, У, У11, 11 ( протромбин), фибриноген

5. Методы исследования органов кроветворения у детей: клинический анализ крови,

* биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, кальций, сывороточное железо, билирубин и его фракции, аланиновая и аспарагиновая трансаминазы)
* УЗИ периферических лимфоузлов и лимфоузлов брюшной полости;
* биопсия лимфатического узла;
* гребешковая пункция костного мозга, показания;
* миелограмма здорового ребенка;
* особенности миелограммы при лейкозе, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре;
* люмбальная пункция, значение в диагностике нейролейкоза и его профилактике;
* компьютерное исследование лимфатических узлов брюшной полости с контрастным веществом (омнипак).

6.Исследование параметров крови с помощью гематологического анализатора.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание - представить следующую информацию:

- показатели клинического анализа крови (гемоглобин, эритроциты, ретикулоциты, ЦП, лейкоциты, лейкоцитарная формула, тромбоциты, СОЭ) у ребенка первого дня жизни, 1 года и 5 лет;

- нормативы показателей гемостаза (длительность капиллярного кровотечения по Дюке, время свертывания по Ли-Уайту, Бюркеру, протромбин, фибриноген плазмы)

* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Современные методы анализа клеток системы крови. Параметры автоматического гематологического анализатора».

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

«**Лабораторные и инструментальные методы исследования органов кроветворения в детском возрасте**»

**1. Нормальное значение времени капиллярного кровотечения по Дюке:**

1) 1-2 минуты 2) 2-4 минуты 3) 4-6 минут

**2. Время свертывания венозной крови по Ли-Уайту равно:**

1) 5-10 минут 2) 12-15 минут 3) 18-20 минут.

**3. Число тромбоцитов крови у здорового ребенка составляет:**

1) 50-100 х 109 /л 2) 150-300 х 109 /л 3) 300-400 х 109 /л

**4. Железо депонируется в организме преимущественно в виде:**

1) Ферритина 2) трансферрина

**5. К лабораторным признакам железодефицитной анемии относят:**

1) микросфероцитоз 2) анизо-пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу

**6. Мегакариоцитарный росток в миелограмме больного с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой:**

1) в норме 2) угнетен 3) расширен

**7. Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:**

1) нарушением сосудисто-тромбоцитарного гемостаза

2) дефицитом плазменных факторов свертывания крови

**8. Патогенез кровоточивости гематомного типа при гемофилии обусловлен:**

1) патологией сосудистой стенки

2) нарушением сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

3) дефицитом плазменных факторов свертывания (VIII, IX или ХI)

**9. Диагноз лейкоза подтверждается обнаружением бластных клеток в миелограмме в количестве:**

1) 2% 2) 25% и более 3) 10%.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов кроветворения в детском возрасте»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | 2 |  |
| **2.** | 1 |  |
| **3.** | 2 |  |
| **4.** | 1 |  |
| **5.** | 2 |  |
| **6.** | 3 |  |
| **7.** | 1 |  |
| **8.** | 3 |  |
| **9.** | 2 |  |

**Ситуационные задачи для контроля знаний по теме**

«**Лабораторные и инструментальные методы исследования органов кроветворения в детском возрасте**»

**Задача №1**

**Мальчик 11 лет**, заболел после употребления домашней свинины в деревне. жаловался на периодические боли в животе и икроножных мышцах, слабость, повышение температуры до 380. При осмотре состояние средней тяжести, кожа чистая, подчелюстные лимфоузлы 1 х 1,5 см, нёбные миндалины – выступают из-за дужек, имеются гнойные пробки. Язык обложен. В лёгких везикулярное дыхание, тоны сердца громкие, ритмичные. живот мягкий, безболезненный. печень пальпируется на 3 см ниже рёберной дуги, стул, мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: эритроциты - 4 х 1012/л, гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты - 16х109/л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы– 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 8%, эозинофилы 60%, лимфоциты – 29%, моноциты – 2%. СОЭ – 30 мм/час.

1. Оцените клинический анализ крови.
2. Укажите характер изменений со стороны крови?
3. Какое заболевание, кроме обострения хронического тонзиллита, необходимо исключить у пациента в первую очередь?

**Задача №2**

**Девочка 14 лет.** Жалобы на одностороннее увеличение шейных лимфатических узлов, проливной ночной пот, кожный зуд, слабость, похудание. При клиническом обследовании состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа чистая, бледная. лимфатические узлы в надключичной области слева размерами 2х2 см, плотные, безболезненные, не спаянные между собой и кожей. В правой подмышечной области лимфоузлы 4х5 см, имеют аналогичные свойства. Зев чист, тоны сердца громкие, чистые, в лёгких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируется. стул, мочеиспускание не нарушены.

*Гемограмма*: эритроциты – 3,5 х 1012/л, гемоглобин - 106 г/л, лейкоциты – 12,4х109/л, тромбоциты – 170х109/л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы– 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, эозинофилы 12%, лимфоциты – 15%. СОЭ – 50 мм/час.

*На рентгенограмме лёгких* – увеличение лимфатических узлов средостения с обеих сторон за счёт паратрахеальных, бифуркационных, подтверждённое на томограмме органов грудной клетки.

*Биопсия шейного лимфатического узла*: эритроциты, сегментоядерные лейкоциты, эозинофилы, лимфоидные клетки разной степени зрелости, обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

1. Какие клинические синдромы присутствуют у ребенка?

2. Оцените клинический анализ крови.

3. Какое заболевание можно предположить?

**Задача №3**

**Мальчик 4 лет**. Жалобы на бледность и желтушность кожи. Болен с первого года жизни. Из генетического анамнеза установлено, что родители больны талассемией. При поступлении ребёнок вялый. выражена бледность и желтушность кожного покрова и слизистых оболочек. Голова башенной формы. живот увеличен в объёме, печень выступает на 5 см., селезёнка – на 8 см. ниже края рёберной дуги, плотные, безболезненные. стул, мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: эритроциты – 1,8 х 1012/л, гемоглобин - 51 г/л, лейкоциты – 5,2х109/л, тромбоциты – 50х109/л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 38%, эозинофилов 1%, лимфоцитов – 50%, моноциты -10%, ретикулоциты 3%. СОЭ – 40 мм/час.

Цитохимическая реакция крови на фетальный гемоглобин резкоположительная.

В клиническом анализе крови встречается значительное количество «мишеневидных» эритроцитов. Биохимический анализ крови: билирубин 32 мкмоль/л, свободный – 29 мкмоль/л, коньюгированный - 3 мкмоль/л,.

1. Какие клинические синдромы присутствуют у ребенка?

2. Оцените клинический и биохимический анализы крови.

3. Какое заболевание можно предположить?

**Задача №4**

4. Укажите изменения в миелограмме у детей при лейкозе ?

**Задача №5**

5. Укажите изменения в миелограмме у детей при тромбоцитопенической пурпуре?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов кроветворения в детском возрасте»**

**Эталон к задаче №1**

1.В гемограмме - лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ.

2.Лейкемоидная реакция крови эозинофильного типа.

3. Паразитарную инвазию (трихинеллёз)

**Эталон к задаче №2**

1.Синдромы: увеличения лимфатических узлов (лимфоаденопатия), интоксикации, анемический синдром.

2. В гемограмме - анемия лёгкой степени тяжести, лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофилия, увеличение СОЭ.

3. Лимфогранулематоз.

**Эталон к задаче №3**

1.Синдромы: анемии, желтухи, гепато-спленомегалии.

2. В клиническом анализе крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ретикулоцитоз, увеличение СОЭ.

В биохимическом анализе крови: признаки гемолиза в виде повышенного уровня свободного билирубина.

3.Талассемию

**Эталон к задаче №4**

При лейкозе в миелограмме наблюдается угнетение всех ростков гемопоэза, количество бластных клеток превышает 25%.

**Эталон к задаче №5**

Притромбоцитопенической пурпуре в миелограмме наблюдается расширение мегакариоцитарного ростка.

# **Практическое занятие № 15**

**Тема:** **Анатомо-физиологические особенности (АФО), методика исследования органов мочевой системы у детей**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Анатомо-морфологические особенности почек: положение, смещаемость, строение почечных клубочков и канальцев, строение лоханок.
2. Особенности строения мочеточников, предрасполагающие к застою мочи.
3. Особенности строения, положения мочевого пузыря, емкость мочевого пузыря в разные возрастные периоды.
4. Клиническая физиология почек у детей:

* особенности клубочковой фильтрации, клиренса по эндогенному креатинину у детей в разные возрастные периоды,
* особенности реабсорбции веществ в проксимальных и дистальных канальцах
* особенности секреции в дистальных канальцах
* синтез биологически активных веществ (ренин, эритропоэтин, урокиназа, простагландины, активные метаболиты витамина Д3)

1. Факторы, влияющие на количество мочи у детей. Частота мочеиспусканий у детей разного возраста.
2. Методика исследования органов мочевой системы у детей с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей:

* анамнез. Факторы “риска”, угрожающие развитию патологии мочевой системы;
* жалобы;
* *осмотр*: возможные отклонения в физическом и нервно-психическом развитии, малые аномалии (внешние стигмы дизэмбриогенеза), цвет кожных покровов, наличие отеков;
* проба Мак-Клюра-Олдрича на скрытые отеки – показания, методика проведения и оценка пробы с учетом возраста;
* *пальпация* почек, мочеточников, мочевого пузыря;
* *перкуссия* мочевого пузыря, определение свободной жидкости в брюшной полости, симптом Пастернацкого;
* измерение АД. Перкуссия и аускультация сердца.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Развитие органов мочевой системы»,
* «Функциональные особенности образования мочи»

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для контроля знаний по теме «Анатомо-физиологические особенности и методика исследования органов мочевой системы у детей»**

**1. Установите соответствие анатомо-морфологических особенностей почек возрасту ребенка:**

1) дольчатость сохраняется а) до 1 года;

2) нефрон недостаточно дифференцирован б) до 1-2 лет;

3) нижний полюс почки пальпируется в) до 2 лет;

г) до 2-3 лет;

д) до 5 лет;

е) до 5-7 лет;

ж) до 10 лет.

Ответы: 1.\_\_\_\_\_\_\_, 2.\_\_\_\_\_\_\_, 3.\_\_\_\_\_\_\_ .

**2. Возраст Число мочеиспусканий**

1) 1 день а) 20-25

2) 1 месяц б) 15-18

3) 1 год в) 14-16

4) 5 лет г) до 10

5) 10 лет д) 6-8

е) 5-7

ж) 3-4

з) 0-3

Ответы: 1.\_\_\_\_\_\_\_, 2.\_\_\_\_\_\_\_, 3.\_\_\_\_\_\_\_.

**Выберите правильные ответы**

**3. Суточный диурез у детей зависит:**

1) от количества выпитой жидкости 2) от температуры окружающей среды

3) от температуры тела 4) от уровня гемоглобина

5) от повышенного потребления хлористого натрия

**4. Почечные канальцы у детей раннего возраста**:

1) широкие 2) короткие 3) узкие 4) длинные

**5. Особенностью функции канальцев почек у детей является:**

1) реабсорбция снижена, секреция повышена

2) реабсорбция повышена, секреция снижена

3) реабсорбция снижена, секреция снижена

4) реабсорбция повышена, секреция повышена

**6. Особенности почечной лоханки в младшем детском возрасте:**

1) преимущественно внутрипочечный тип расположения

2) преимущественно внепочечный тип расположения

3) преимущественно смешанный тип расположения

4) слабое развитие мышечной ткани почечной лоханки

5) тесная связь лимфатических сосудов почек с лимфатическими сосудами кишечника

**7. Смещаемость почки на фазе вдоха у старших детей определяется в норме:**

1) на высоту тел двух поясничных позвонков 2) на 1 см 3) на 0,5 см

4) на 2 см 5) на высоту тела поясничного позвонка

**8. Емкость мочевого пузыря у ребенка 9-12 лет составляет:**

1) 100-150 мл 2) 170-150 мл 3) 170-200 мл 4) 200-300 мл 5) 400-500 мл

**9. Оптическая плотность мочи у здорового ребенка 1-го года жизни составляет:**

1) 1002-1005 2) 1012-1014 3) 1018-1020 4) 1022-1024 5) 1028-1030

**10. Почки у детей 1-го года жизни имеют:**

1) гладкую, выпуклую поверхность, бобовидной формы

2) значительно выраженные соединительно-тканевые прослойки

3) слабо выраженные соединительно-тканевые прослойки

4) недостаточно развитый корковый слой

5) дольчатый характер

**11. Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми:**

1) количество на единицу поверхности почки больше, размеры относительно велики

2) количество на единицу поверхности почки меньше, размеры малы

3) количество на единицу поверхности почки больше, размеры малы

4) количество на единицу поверхности почки меньше, размеры велики

**12. К застою мочи у детей раннего возраста предрасполагают следующие особенности мочеточников:**

1) недостаточное развитие мышечной ткани 2) хорошее развитие эластической ткани

3) относительно широкий просвет 4) относительно узкий просвет

5) извитость 6) гипотония

**13. Величина клубочковой фильтрации у детей 1-го года жизни снижена в связи:**

1) с большими размерами клубочков 2) с большой фильтрующей поверхностью

3) с малыми размерами клубочков 4) с малой фильтрующей поверхностью

5) со сниженным фильтрационным давлением

6) с повышенным фильтрационным давлением

**Дополнить**

**14. Относительная плотность мочи в норме снижена до 1005-1012 у детей в возрасте** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**15. Висцеральный листок капсулы клубочков у детей первых лет жизни выстлан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эпителием.**

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Анатомо-физиологические особенности и методика исследования органов мочевой системы у детей»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1-д, 2-в, 3-б | **6.** | 1, 4, 5 | **11.** | 3 |
| **2.** | 1-з, 2-а, 3-б, 4-г, 5-е | **7.** | 4, 5 | **12.** | 1, 5, 6 |
| **3.** | 1, 2, 3, 5 | **8.** | 4 | **13.** | 3, 4, 5 |
| **4.** | 2, 3 | **9.** | 2 | **14.** | 1 года |
| **5.** | 3 | **10.** | 1, 4, 5 | **15.** | кубическим эпителием |

# **Практическое занятие № 16**

**Тема: «Семиотика поражений органов мочевой системы у детей»**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**

1**. Основные** **внепочечные синдромы поражения органов мочевой системы**:

отечный, артериальной гипертензии, болевой абдоминальный, поясничный), интоксикации, азотемии, отставания в физическом развитии, внешних стигм дизэмбриогенеза, костных деформаций,

2. Нефритический и нефротический симптомокомплексы. Клиническая оценка названных синдромов.

3. **Мочевой синдром**:

**а)** **нарушение мочеотделения** в виде изменения количества мочи (олигурия, анурия, полиурия), частоты мочеиспускания (учащение, урежение), ритма мочеиспускания (никтурия), болезненное мочеиспускание (дизурия);

**б)** **отклонения в анализах мочи**: протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, гемоглобинурия, бактериурия, цилиндрурия, кристаллурия.

4**.** Понятие о нозологических формах патологии мочевой системы (гломерулонефрит, пиелонефрит, цистит, баланопостит, вульвовагинит, нейрогенные дисфункции мочевого пузыря).

5.Синдром почечной недостаточности: острое повреждение почек (ОПП) и хроническая почечная недостаточность (ХПН).

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Синдромы поражения органов мочевой системы»

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Семиотика поражения органов мочевой системы у детей»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Отеки при заболеваниях почек имеют следующие характеристики:**

1) чаще локализуются на ногах 2) чаще локализуются на лице

3) отличаются стойкостью 4) отличаются быстрой динамикой

5) больше выражены днем

**2. Анурия представляет собой состояние, при котором:**

1) выделяется менее 5% мочи 2) диурез менее 20% от нормального

3) диурез менее 30% от нормального 4) полное отсутствие мочи

5) моча выделяется в количестве, равном выпитой жидкости

**3. Об олигурии можно говорить при наличии диуреза менее:**

1) 300 мл/м2 /сутки 2) 350 мл/м2 /сутки

3) 400 мл/м2 /сутки 4) 450 мл/м2 /сутки 5) 500 мл/м 2/сутки

**4. Пиурия - это:**

1) содержание в моче большого количества эритроцитов и лейкоцитов

2) содержание в моче лейкоцитов в большом количестве

3) увеличение содержания в моче цилиндров

4) бактериурия

5) бактериурия + лейкоцитурия

**5. При хронической почечной недостаточности повышаются следующие показатели в сыворотке крови:**

1) мочевина 2) креатинин 3) общий белок 4) остаточный азот 5) калий

**Дополнить:**

**6. Концентрационная функция почек определяется с помощью пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**7. Количество мочи от количества выпитой жидкости в норме у детей (в %)** **составляет** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**8. Величина клиренса у детей в норме достигает величины взрослого к возрасту** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**9. Величина клубочковой фильтрации в норме у детей старше 1 года и у взрослых составляет (в мл/мин.)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Семиотика поражения органов мочевой системы у детей»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 2, 3 | **8.** | 1 года |
| **2.** | 1 | **9.** | 100 ± 20 мл/мин |
| **3.** | 1 |  |  |
| **4.** | 5 |  |  |
| **5.** | 1, 2, 4, 5 |  |  |
| **6.** | пробы Зимницкого |  |  |
| **7.** | 70-75% (65-80%) |  |  |

**Ситуационные задачи по теме**

**«Семиотика поражения органов мочевой системы у детей»**

**Задача № 1**

Саша К., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 38,5°С, головную боль, дважды рвоту, умеренные боли в животе и пояснице.

Заболел неделю назад, когда появился кашель, насморк, субфебрильная температура. Лечился тепловыми процедурами, самочувствие улучшилось, но накануне поступления в стационар мальчик залихорадил до 38,5°С, появились боли в животе и пояснице, мутная моча.

**В анамнезе жизни**: ребенок от 2 беременности, протекавшей с нефропатией во 2 половине, угрозой прерывания. Родился на сроке 36 недель с массой 2500,0 длиной 47 см. К груди приложен на 2 сутки. На естественном вскармливании до 3 месяцев, затем на искусственном неадаптированными смесями. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, бронхит, ОРВИ 3-4 раза в год, сальмонеллез в возрасте 1 г. 2 мес. Отец страдает мочекаменной болезнью, у бабушки по лини матери хронический пиелонефрит.

Объективно: мальчик бледный, периорбитальные тени, температура 38,5°С, язык обложен белым налетом, есть кариозные зубы. В зеве умеренная гиперемия. Отмечается влажный кашель. В легких дыхание везикулярное, ЧД-20 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 96 в мин., АД - 115/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в латеральных областях. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, мочится 5-6 раз в сутки, моча мутная, желтая. Стул оформленный, ежедневно.

**В клиническом анализе крови**: Нв - 120 г/л, Эр - 3,8 х 1012/л, ЦП - 0,9, Л - 12,8 х 109 /л, э-2 %, п/я – 5 %, с/я-75 %, л-10 %, м-8%, СОЭ-25 мм/ч.

**В ОАМ**: желтая, мутная, Б-0,99 г/л, глюкоза – отр., Л - большое количество, Эр-2-3 свежие в п/зр.

**Посев мочи на флору**: выделена кишечная палочка в титре 106 мкр. тел в 1 мл, чувствительная к гентамицину, цефуроксиму.

**Вопросы**:

1. Оценить анамнез жизни с выделением факторов риска.

2. Оценить анализ крови и мочи.

3. Поражение каких систем имеется у ребенка?

4. Выделить основные синдромы поражения.

5. Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для подтверждения поражения данных систем?

**Задача № 2**

Марина С., 10 лет, поступила в стационар с жалобами на головную боль, красноватый цвет мочи, отеки на лице и ногах. Около 2-х недель назад девочка перенесла ангину, лечилась дома. Самочувствие улучшилось: нормализовалась температура, исчезли налеты на миндалинах, боли в горле при глотании, девочка пошла в школу. Однако через 3 дня после выхода в школу у ребенка появилось недомогание, головная боль, боли в животе, красноватый цвет мочи, отеки на лице, затем на ногах, уменьшилось количество выделяемой мочи.

**В анамнезе жизни**: девочка от 1 срочных родов, у матери был пиелонефрит беременной, ребенок родился с массой 3000,0, длиной тела 50 см, на сроке 38 недель. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Перенесла: корь, ветряную оспу, краснуху, частые ОРВИ до 5 лет. Не переносит пенициллин, страдает пищевой аллергией на шоколад (сыпь). Наследственность: у матери поллиноз, у бабушки по линии отца - заболевание почек.

**Объективно**: девочка бледная, вялая, жалуется на головную боль. Лицо одутловатое, отеки на ногах. АД-145/100 мм.рт.ст. Тоны сердца громкие, акцент 2 тона на аорте. В легких дыхание везикулярное. Язык умеренно обложен белым налетом, аппетит снижен. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Подчелюстные лимфоузлы 0,5 х 1,0 см., эластичные, безболезненные. Живот мягкий, при глубокой пальпации умеренно болезненный в латеральных областях. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, моча цвета “мясных помоев”.

**В клиническом ан. крови**: Нв-115 г/л, Эр-3,62 х 1012 /л, ЦП-0,9, Л-10,2 х 109 /л, э-4%, п/я-4 %, с/я-70%, л-14%, м-8%, СОЭ-28 мм/ч.

**Биохимия крови**: общий белок - 68 г/л, альбумины - 52%, α-глб.-20%, β-глб.-18%, γ-глб. -10%, мочевина - 10,5 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, ВЛП-38 ед.

**ОАМ**: цвет “мясных помоев”, мутная, белок - 1г/л, Л-20 в п/зр., эп-пл. 5-6 в п/зр. Эритроциты измененные - сплошь.

**Вопросы**:

1. Сделайте заключение по анамнезу жизни с выделением факторов риска.

2. Оцените анализы крови и мочи.

3. Оцените объективные данные, выделите основные синдромы поражения.

4. Поражение какой системы имеется у ребенка?

5.Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для подтверждения поражения данной системы?

**Задача № 3**

Мать ребенка Лены С., 6 лет, обратилась к врачу по поводу частого болезненного мочеиспускания, которое появилось у девочки 3 дня назад, после купания в реке, появилась температура до 37,7°С.

**В анамнезе жизни**: девочка от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, 1 срочных родов. Родилась с массой 3200,0, длиной тела 51 см. К груди приложена в 1 сутки после родов. На естественном вскармливании до 9 месяцев. Перенесла: ветряную оспу, отит, частые ОРВИ с 3-х лет как пошла в детский сад. Лекарственной аллергии нет. После приема в пищу шоколада появляется сыпь на коже, зуд.

**Объективно**: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Рост - 120 см., масса - 26 кг. В зеве умеренная гиперимия. Из носа слизистое отделяемое. Изредка чихает. В легких везикулярное дыхание, ЧД-24 в мин. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС-98 в мин., АД-90/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в подвздошных областях, над лобком, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Слизистая вульвы умеренно гиперемирована. Мочится каждые 20-30 минут малыми порциями, мочеиспускание болезненное.

**В клиническом анализе крови**: Нв-136г/л, Эр-3,8 х 1012 /л, ЦП-1,0, Л-10 х 109 /л, э-2%, п/я-3 %, с/я-60 %, л-25%, м-10%, СОЭ-22 мм/ч.

**В ОАМ**: желтая, мутная, относит. плотность - 1018, глюкоза – отр., белок - 0,099 г/л, Л-40-50 в п/зр.

**Вопросы**:

1. Сделайте заключение по анамнезу жизни с выделением факторов риска.

2. Оцените объективные данные (ФР, ЧД, ЧСС, АД).

3. Оцените анализы крови и мочи.

4. Выделите синдромы поражения.

5. Поражение каких систем имеется у ребенка?

6. Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для подтверждения поражения этих систем?

**Задача № 4**

Витя С., 4 лет, поступил в стационар с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание. Три дня назад мать заметила у ребенка отеки на лице, которые постепенно распространились на конечности и туловище. Мальчик стал редко мочиться, жаловаться на боли в животе, стал вялым.

**В анамнезе жизни**: ребенок от 1 беременности, протекавшей с нефропатией во 2 половине. Родился на сроке 38 недель, с массой 3250,0, длиной 50 см. К груди приложен на 2 сутки. На естественном вскармливании до 2 месяцев из-за гипогалактии у матери. Страдает пищевой аллергией на шоколад и цитрусовые (сыпь). На вакцинацию АКДС была реакция в виде гипертермии. Наследственность: у отца и дяди по линии отца - заболевание почек. У бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь, хронический холецистит.

**Объективно**: кожные покровы бледные, чистые, Отеки на лице, туловище передней брюшной стенке, на ногах. Живот умеренно увеличен в размерах, перкуторно определяется свободная жидкость в брюшной полости. АД-90/50 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. Аппетит снижен. Язык чистый. Есть кариозные зубы. Печень перкуторно + 2см из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого сомнительный с обеих сторон. Мочится 2-3 раза в день. Моча желтая, умеренно мутная.

**В ОАМ**: относит. плотность – 1020, белок 6,6 г/л, эп. плоский 3-4 в п/зр., Л - 1-2 в п/зр., эритроциты - 0-1 в п/зрения, цилиндры гиалиновые - 10-12 в п/зр., цилиндры зернистые - 3-4 в п/зр.

**Вопросы**:

1. Оцените анамнез жизни, выделите факторы риска.

2. Оцените объективные данные.

3. Оцените ОАмочи.

4. Выделите синдромы поражения у ребенка.

5. Поражение каких систем имеется у данного больного?

6. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения поражения данной системы?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Семиотика поражения органов мочевой системы у детей»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Анамнез неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- нефропатия беременной и угроза прерывания беременности у матери;

- недоношенность;

- раннее искусственное вскармливание;

- кишечная инфекция в раннем возрасте;

- наследственная отягощенность по патологии мочевыделительной

системы.

В клиническом анализе крови - лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ увеличена.

В ОАмочи - протеинурия, лейкоцитурия (пиурия), микрогематурия.

Посев мочи - признаки микробно-воспалительного процесса в мочевой системе, бактериурия превышает норму.

Поражены системы: мочевыделительная, дыхательная, костная (кариес).

4. Синдромы поражения: - интоксикация;

- респираторный синдром;

- болевой;

- мочевой.

5. Дополнительные методы исследования:

- б/химическое исследование крови (мочевина, креатинин, белковые фракции);

- морфология мочевого осадка;

- проба Зимницкого;

- титруемая кислотность, аммиак мочи;

- УЗИ почек и мочевого пузыря;

- в/в экскреторная урография.

**Эталон к задаче № 2**

1. Анамнез неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- пиелонефрит беременной;

- раннее искусственное вскармливание;

- отягощенный аллергологический анамнез;

- отягощенный генетический анамнез.

2. В клиническом анализе крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ увеличена, б/химия крови – диспротеинемия в виде α и β-глобулинемии, гиперазотемия.

ОАмочи - протеинурия, гематурия, лейкоцитурия.

3. Синдромы поражения: гипертензионный, отечный, болевой, мочевой.

4. Поражение системы мочевыделения.

5. Дополнительные методы исследования:

- суточный диурез;

- суточная протеинурия;

- посев мочи на флору и степень бактериурии;

- клиренс по эндогенному креатинину;

- проба Зимницкого;

- УЗИ почек;

- глазное дно (консультация окулиста);

- консультация ЛОР-врача.

**Эталон к задаче № 3**

1. Анамнез неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- токсикоз беременности у матери;

- сниженная иммунологическая реактивность у ребенка (частые ОРВИ);

- пищевая аллергия.

2. ФР с отклонением: повышенная масса (рост-5 ц.к., масса - 7 ц.к)., при нормальной длине тела. Дизгармоничное. ЧСС, ЧД, АД - в пределах нормы.

3. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 22 мм/ч.

В ОАмочи: протеинурия, лейкоцитурия.

4. Синдромы поражения: респираторный, дизурический, мочевой.

5. Поражение мочевыделительной, дыхательной систем.

6. Дополнительные методы исследования:

- посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам с определением степени бактериурии;

- УЗИ почек и мочевого пузыря;

- цистоскопия (при рецидивах заболевания);

- консультация гинеколога (мазок из вульвы).

**Эталон к задаче № 4**

1. Анамнез жизни неблагоприятный, т.к. имеются факторы риска:

- нефропатия беременной;

- раннее искусственное вскармливание;

- пищевая аллергия;

- реакция на прививку (извращенная и иммунологическая реактивность);

- отягощен генетический анамнез по патологии почек, заболеваниям пищеварительной системы, сердечно-сосудистой системы.

2. Объективно: отеки по типу анасарки, олигурия, положительный симптом Пастернацкого.

3. В ОАмочи - протеинурия, цилиндрурия.

4. Синдромы поражения: отечный, болевой, мочевой.

5. Поражена мочевыводящая система, костная (кариес).

6. Дополнительные методы исследования:

- суточный диурез, суточная протеинурия;

- клиренс по эндогенному креатинину;

- УЗИ почек;

- клинический анализ крови;

- биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, мочевина, креатинин, холестерин, ВЛП;

- консультация стоматолога, ЛОР.

**Практическое занятие №17**

**Тема: Лабораторные и инструментальные методы исследования органов мочевой системы в детском возрасте.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

1. Правила сбора мочи для клинического исследования у детей в зависимости от возраста и пола.
2. Характеристика основных показателей общего анализа мочи у здоровых и больных детей: цвет, прозрачность, реакция (рН), относительная плотность, глюкоза, белок, слизь, кристаллы солей.
3. Микроскопия мочевого осадка (эпителий, эритроциты, лейкоциты, цилиндры).
4. Показания к проведению количественных исследований форменных элементов крови в моче пробами Каковского – Аддиса, Нечипоренко. Их оценка у здоровых и больных детей.
5. Исследование морфологии мочевого осадка:

* клеточный состав лейкоцитов (нейтрофилурия, лимфоцитурия, эозинофилурия ), клиническое значение;
* морфология эритроцитов (определение формы, величины, среднего диаметра), значение для дифференциации гломерулярной и негломерулярной гематурии.

1. Бактериологический посев мочи на флору с определением степени бактериурии. Техника сбора, оценка.
2. Методы лабораторного исследования функционального состояния почек:

* диурез;
* проба Зимницкого;

- клиренс по эндогенному креатинину ( проба Реберга);

* оценка кислотовыделительной способности почек (ацидогенез), аммониогенеза (аммиак мочи);
* биохимическое исследование сыворотки крови (мочевина, креатинин, кислотно-основное состояние, концентрация калия, натрия).

1. Инструментальные и рентгено-радиологические методы исследования ОМС:

- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря;

- экскреторная урография; микционная цистоуретрография, почечная ангиография;

* радиоизотопные методы диагностики заболеваний ОМС (ренография, динамическая и статическая нефросцинтиграфия);
* компьютерная томография (КТ);
* магнитно-резонансная томография (МРТ).

9**.** Эндоскопические методы исследования (цистоскопия).

10. Функциональные методы исследования мочевого пузыря: ритм спонтанных мочеиспусканий, цистометрия, урофлоуметрия;

11. Морфологические методы исследования (биопсия почек).

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Письменное задание – представить в виде таблиц следующую информацию:

характеристика основных показателей общего анализа мочи

**нормативы**

- количественных проб (Нечипоренко, Каковского-Аддиса),

- биохимических показателей сыворотки крови (мочевина, креатинин, общий белок и белковые фракции, холестерин, бета-липопротеиды, кислотно-основное состояние, концентрация натрия, калия),

- функциональных проб (Зимницкого, Реберга, тируемая кислотность, аммиак мочи).

* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:

«Методы исследования функционального состояния почек у детей»

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов мочевой системы в детском возрасте»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Функциональное состояние канальцев почки частично можно оценивать:**

1) по пробе Зимницкого

2) по пробе Реберга (клиренс по эндогенному креатинину)

3) по данным радиоизотопной ренографии

4) по пробе Нечипоренко

5) по пробе Аддиса-Каковского

**2. Функциональное состояние клубочков почки можно оценивать:**

1) по пробе Зимницкого 2) по пробе Реберга

3) по данным радиоизотопной ренографии 4) по данным экскреторной урографии

5) по данным ангиографии почек

**3. Суточная гематурия у здорового ребенка по методу Аддиса-Каковского может составлять (эритроцитов в суточной моче):**

1) 0,5-1,0 х 106 2) 2,0-3,0 х 106  3) 1,5-2,0 х 106  4) 3,5-4,0 х 106  5) 5,0 х 106

**4.Укажите нормальное соотношение дневного и ночного диуреза** в **пробе Зимницкого:**

1) 1 : 1 2) 1 : 2 3) 2 : 1 4) 1 : 3 5) 3 : 1

**5. Укажите нормальные колебания удельной плотности мочи в пробе Зимницкого для ребенка 5 лет:**

1) 1005-1020 2) 1010-1013 3) 1013-1015 4) 1025-1030 5) 1002-1005

**6. Суточная лейкоцитурия у здоровых детей по пробе Аддиса-Каковского может составлять:**

1) 6 х 106/сут. 2) 12 х 106/сут. 3) 4 х 106/сут. 4) 1-2 х 106/сут.

**7. Наличие рефлюксов в мочевыделительной системе можно выявить:**

1) по в/в урографии 2) методом ультразвуковой диагностики

3) по ренографии 4) по цистографии 5) по цистоскопии

**8. Для выявления почечной недостаточности необходимо определить следующие показатели:**

1) уровень мочевины в сыворотке крови 2) уровень мочевой кислоты

3) уровень креатинина в сыворотке крови 4) щелочную фосфатазу

5) аланин-аминотрансферазу

**9. Строение клубочка нефрона становится идентичным строению последнего у взрослого:**

1) после 1 года 2) после 5 лет 3) после 10 лет

4) после 7 лет 5) после 13-15 лет

**11. Отметьте нормальные показатели в пробе Реберга:**

1) клубочковая фильтрация 100 мл/мин 2) клубочковая фильтрация 20 мл/мин

3) канальцевая реабсорбция 80% 4) канальцевая реабсорбция 99%

5) канальцевая реабсорбция 20%

**14. Пиурия - это:**

1) содержание в моче большого количества эритроцитов и лейкоцитов

2) содержание в моче лейкоцитов в большом количестве

3) увеличение содержания в моче цилиндров

4) бактериурия

5) бактериурия + лейкоцитурия

**15. При хронической почечной недостаточности повышаются следующие показатели в сыворотке крови:**

1) мочевина 2) креатинин 3) общий белок 4) остаточный азот 5) калий

**Дополнить:**

**16. Концентрационная функция почек определяется с помощью пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**17. Количество мочи от количества выпитой жидкости в норме у детей (в %)** **составляет** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**18. Величина клиренса у детей в норме достигает величины взрослого к возрасту** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**19. Величина клубочковой фильтрации в норме у детей старше 1 года и у взрослых составляет (в мл/мин.)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов мочевой системы в детском возрасте»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 1, 2, 3 | **8.** | 1, 3 | **15.** | 1, 2, 4, 5 |
| **2.** | 2, 1 | **9.** | 2 | **16.** | проба Зимницкого |
| **3.** | 1 |  |  | **17.** | 70-75% (65-80%) |
| **4.** | 5, 3 | **11.** | 1, 4 | **18.** | 1 года |
| **5.** | 1 |  |  | **19.** | 100 ± 20 мл/мин |
| **6.** | 4 |  |  |  |  |
| **7.** | 4 | **14.** | 2 |  |  |

**Ситуационные задачи по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов мочевой системы в детском возрасте»**

**Задача № 1**

**Оцените пробу Зимницкого ребенка 12 лет**:

Выпитая жидкость за сутки - 2 литра.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **порции** | **Время сбора**  **мочи** | **Количество**  **мочи** | **Относительная**  **плотность мочи** |
| I  II  III  IY  Y  YI  YII  YIII | 6-9  9-12  12-15  15-18  18-21  21-24  24-3  3-6 | 100,0  150,0  200,0  250,0  200,0  250,0  200,0  150,0 | 1015  1012  1010  1008  1009  1007  1012  1014 |

**Задача № 2**

**Оцените ацидо- и аммониогенез у ребенка 12 лет**:

Титруемая кислотность мочи - 42 ммоль/сут. к стандартной поверхности тела.

Аммиак мочи - 25 ммоль/сут.

**Задача № 3**

Оцените показатели клиренса по эндогенному креатинину у ребенка 9 лет:

Клиренс по эндогенному креатинину - 100 мл/мин., креатинин сыворотки крови - 0,088 ммоль/л, коэффициент канальцевой реабсорбции воды - 99%.

**Задача № 4**

**Оцените биохимические анализы крови**:

I. общий белок 72 г/л II. общий белок 58 г/л

альбумины - 48% альбумины - 36%

α-глобулины - 24% α-глобулины - 27%

β-глобулины - 12% β-глобулины - 22%

γ-глобулины - 16% γ-глобулины - 15%

холестерин 4,5 ммоль/л холестерин 7,2 ммоль/л

β-липопротеиды - 38 ед. β-липопротеиды - 65 ед.

мочевина 9,4 ммоль/л мочевина 9,5 ммоль/л

калий - 4,2 ммоль/л креатинин 0,110 ммоль/л

натрий - 140 ммоль/л

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме**

**«Лабораторные и инструментальные методы исследования органов мочевой системы в детском возрасте»**

**Эталон к задаче № 1**

1. Оцениваем выделительную функцию почек:

Дневной диурез (ДД) = I+II+III+IY= 100,0+150,0+200,0+250,0=700,0

Ночной диурез (НД) = Y+YI+YII+YIII=200,0+250,0+200,0+150,0= 800,0 Никтурия.

Количество выделяемой мочи от количества выпитой жидкости =

(700,0 + 800,0) х 100 = 75% (N)

200,0

Нарушение выделительной функции в виде никтурии.

2. Оцениваем концентрационную способность почек.

Колебания относительной плотности мочи = 1015-1008=7 ед., что меньше 10 ед.

Кроме того, максимальная относительная плотность мочи 1015, что ниже нормальных показателей в возрасте 12 лет. Таким образом, концентрационная способность почек снижена.

**Эталон к задаче № 2**

Титруемая кислотность и аммиак мочи снижены, что может свидетельствовать о нарушении функции дистальных канальцев почек.

**Эталон к задаче № 3**

Клиренс по эндогенному креатинину в пределах нормы (клубочковая фильтрация в пределах нормы). Коэффициент канальцевой реабсорбции воды соответствует норме.

**Эталон к задаче № 4**

I. Диспротеинемия в виде гипоальбуминемии, гиперα-глобулинемии, азотемия (содержание мочевины повышено).

II. Гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гиперглобулинемия (α, β), гиперхолестеринемия, гиперβ-липопротеидемия, азотемия (повышено содержание мочевины, креатинина).

# **Практическое занятие № 18**

**Тема:** **Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей. Методика клинического обследования**.

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**:

1.Эндокринная система. Определение. Функции.

2.Возрастные особенности гипоталамо-гипофизарной системы у детей. Секреция гормона роста. Выработка инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1) в печени и его ростстимулирующий эффект.

3.Возрастные особенности щитовидной железы, паращитовидных желез.

4.Возрастные особенности тимуса.

5.Возрастные особенности надпочечников.

6.Возрастные особенности поджелудочной железы.

6.Возрастные особенности половых желез. Половое развитие здоровых детей. Физиология дифференцировки пола. Половое созревание. Половая формула. Стадии полового развития у девочек и мальчиков по Tanner.

7. Схема описания эндокринологического статуса здорового ребёнка.

**Тестовые задания по теме «Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей. Методика клинического обследования**.**»**

**Выберите правильный ответ**

**1. Передней долей гипофиза вырабатывается**

а) окситоцин

б) трийодтиронин

в) тироксин

г) тиреотропный гормон

**2. Альдостерон синтезируется**

а) клубочковой зоной надпочечников

б) задней долей гипофиза

в) щитовидной железой

г) передней долей гипофиза

**3. В половой формуле у мальчиков символ «L» означает**

а) отчетливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)

б) оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса

в) мутацию (ломку) голоса

г) оволосение на лице

**4. К анатомо-физиологическим особенностям эндокринной системы в подростковом возрасте относится**

а) активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы

б) ювенильное увеличение щитовидной железы

в) увеличение тимуса

г) уменьшение объема яичек у мальчиков

**5. В центильных таблицах показатель нормальной массы тела по росту определяется в \_\_\_\_\_ коридорах (зонах)**

а) 1 - 2

б) 3 - 6

в) 7 - 8

**6.** **В центильных таблицах показатель нормального роста определяется в \_\_\_\_\_ коридорах (зонах)**

а) 3 - 7

б) 1 - 2

в) 8

**7.**  **Задней долей гипофиза вырабатывается гормон**

а) окситоцин

б) трийодтиронин

в) тироксин

г) тиреотропный гормон

8. **Инсулин продуцируется**

1) α -клетками поджелудочной железы

2) β -клетками поджелудочной железы

3) δ-клетками поджелудочной железы

9. **Щитовидная железа продуцирует гормоны**

1) кортизол

2) тироксин, трийодтиронин

3) инсулин

**10. Наступление периода полового созревания у мальчиков начинается**

1) с появления оволосения на лобке

2) с увеличения полового члена

3) с увеличения яичек

**11. Наступление пубертата (периода полового созревания) у девочек начинается с**

1) появления менструаций

2) увеличения грудных желёз

3) появления лобкового оволосения

*Выберите правильные ответы:*

**12. Скрининг каких врождённых эндокринных заболеваний предусмотрен у новорождённого ребёнка?**

1) галактоземия

2) муковисцидоз

3) врождённый гипотиреоз

4) адреногенитальный синдром

**13. Какие показатели используются для оценки полового развития у девочек?**

1) менструальный цикл

2) оволосение лобка и подмышечных впадин

3) увеличение грудных желёз

4) оволосение лица

14. **Период полового созревания характеризуется:**

1) развитием вторичных половых признаков

2) замедлением нарастания массы тела

3) отставанием «костного» возраста от биологического

4) неустойчивостью вегетативной регуляции

5) ускорением темпов роста и прибавки массы

6) снижением мышечной массы

*Выберите правильный ответ:*

15.  **Эндокринная система у человека определяет**

1) интеллектуальное развитие

2) физическую работоспособность

3) фертильность (плодовитость)

4) все ответы верны

*Выберите правильные ответы:*

16. **Укажите эстрогензависимые признаки полового созревания у девочек**

1) формирование молочных желез

2) менструальный цикл

3) оволосение в подмышечных впадинахпадинах

4) оволосение лобка

17. **Гормоны щитовидной железы (Т3,Т4) в организме ребёнка обеспечивают**

1) дифференцировку головного мозга, адекватное нервно-психическое развитие

2) созревание скелета («костный возраст»)

3) нормальное развитие кожи и её придатков

4) неустойчивостью вегетативной регуляции

18. **Степени увеличения щитовидной железы (ВОЗ, 1994**)

1) нулевая

2) первая

3) вторая

4) третья

19. **Индекс массы тела рассчитывается как отношение**

1) массы тела в кг к квадрату роста ребёнка в метрах

2) массы тела в кг к росту ребёнка в метрах

3) массы тела в кг к квадрату роста ребёнка в сантиметрах

20. **Эндокринная система в организме ребёнка регулирует**

1) дифференцировку тканей и линейный рост

2) обмен веществ

3) иммунные реакции

4) адаптацию к внешней среде

5) все ответы верны

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей. Методика клинического обследования»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | г | **8.** | 2 | **15.** | **4** |
| **2.** | а | **9.** | **2** | **16.** | **1,2** |
| **3.** | а | **10.** | **3** | **17.** | **1,2,3** |
| **4.** | а | **11.** | **2** | **18.** | **1,2,3** |
| **5.** | б | **12.** | **3,4** | **19.** | **1** |
| **6.** | а | **13.** | **1,2,3** | **20.** | **5** |
| **7.** | а | **14.** | **1, 4, 5** |  |  |

# **Практическое занятие № 19**

**Тема: «Семиотика поражений органов эндокринной системы у детей. Лабораторные и инструментальные методы исследования органов эндокринной системы у детей. Оценка энергетического, белкового, углеводного и жирового обмена у детей»**

**Форма контроля - собеседование**

**Вопросы для самоподготовки**

1. Клинические методы диагностики эндокринопатий:

-сбор жалоб, анамнеза, осмотр тела

-пальпация щитовидной железы

-осмотр и пальпация молочных желёз

-измерение роста и его оценка

- измерение массы и её оценка

-оценка полового развития

-оценка гирсутизма

-исследование чувствительности при диабетической полинейропатии.

2.Синдромы поражения *гипоталамо-гипофизарной системы* у детей. (низкорослость, высокорослость). Гипофизарный нанизм. Высокорослость и быстрые темпы роста. Акромегалия и гигантизм.

Ахондроплазия как причина нарушения роста

3.Методика определения патологии роста по эмпирическим формулам, центильным методом, методом стандартных отклонений роста.

4. Расстройства питания у детей. Паратрофия у детей грудного возраста. Избыточная масса тела и ожирение у детей, степени тяжести ожирения, определяемые по перцентильным таблицам.

5. Алгоритм определения индекса массы тела (ИМТ) и SDS ИМТ в зависимости от пола и возраста. Критерии избыточной массы тела и ожирения в детском возрасте, определяемые методом стандартных отклонений ИМТ.

6.​  *Шитовидная* железы у детей, семиотика её поражения. Синдром сниженной (гипотиреоз) и повышенной (гипертиреоз) функции щитовидной железы.

7. Роль неонатального скрининга в ранней диагностики врождённого гипотиреоза. Симптомы врождённого гипотиреоза. Диффузый токсический зоб.

8. Заболевания щитовидной железы, протекающие без нарушения её функции (эутиреоидный зоб). Степени увеличения щитовидной железы.

9.​  *Поджелудочной железы* у детей. Синдром нарушения её эндокринной функции (сахарный диабет).

10.​  *Надпочечники* у детей. Синдромы поражения надпочечников (гипокортицизма – со снижением гормона кортизола; гиперкортицизма). Роль неонатального скрининга в ранней диагностики врождённой дисфункции коры надпочечников (адреногенитального синдрома).

Синдром хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Адиссона)

11. Отклонения в половом развитии детей. Задержка полового развития конституциональная. Гипогонадизм. Преждевременное половое созревание.

12. Алгоритм описания эндокринологического статуса при эндокринных заболеваниях в детском возрасте

13. Роль участкового педиатра в ранней диагностике и профилактике эндокринных заболеваний у детей.

14. Лабораторные методы диагностики эндокринных заболеваний у детей и подростков:

-**биохимический** анализ крови (общий белок, альбумин, калий, кальций, натрий, глюкоза плазмы крови, гликированный гемоглобин, триглицериды, холестерин, ЛПВП, ЛПНП) и мочи (альбумин в моче)

-**гормональный** анализ крови ( АКТГ, альдостерон, инсулиноподобный фактор роста, паратгормон, соматотропный гормон, тиреотропный гормон, тироксин, С-пептид, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол) и мочи.

- **иммунологический** анализ крови (при заболеваниях щитовидной железы - аутоантитела к тиреоглобулину, тиреоидной пероксидазе, аутоантитела к рецептору ТТГ; при заболеваниях поджелудочной железы – аутоантитела к аутоантигенам – инсулину, бета-клеткам ПЖ)

-**диагностические пробы** (проба на толерантность к глюкозе)

-молекулярно-генетическая диагностика

15. Инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний:

-ультразвуковое исследование щитовидной железы околощитовидных желёз, надпочечников, половых желёз, брюшной полости

-рентгенография турецкого седла

-рентгенография вилочковой железы с определением кардиотимикоторакального индекса (КТТИ)

- компьютерная томография надпочечников

- магнитно-резонансная томография гипофиза, надпочечников

-биоимпедансометрия (при ожирении всем исходно и для мониторирования)

16. Нормальные показатели белкового, углеводного и липидного обмена у детей. Критерии дислипидемии.

17. План написания пропедевтической учебной истории болезни. Методика сбора анамнеза и клинического обследования детей (проведение осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации).

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов и реферативных сообщений:
* «Синдромы поражения органов эндокринной системы в детском возрасте»

**Тестовые задания для контроля знаний по теме**

**«Семиотика поражений органов эндокринной системы у детей. Лабораторные и инструментальные методы исследования органов эндокринной системы у детей. Оценка энергетического, белкового, углеводного и жирового обмена у детей»**

*Выберите один правильный ответ:*

1. ИНСУЛИН ПРОДУЦИРУЕТСЯ

1) α -клетками поджелудочной железы

2) β -клетками поджелудочной железы

3) δ-клетками поджелудочной железы

2. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

1) эмоциональная неустойчивость, тахикардия, артериальная гипертензия

2) полиурия, полидипсия, похудание, сухость кожи и слизистых, запах ацетона в выдыхаемом воздухе

3) увеличение щитовидной железы при осмотре

3. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА

1) более 6,1 ммоль/л

2) 3,3 – 5,5 ммоль/л

3) менее 6,1 ммоль/л

4. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРОДУЦИРУЕТ ГОРМОНЫ

1) кортизол

2) тироксин, трийодтиронин

3) инсулин

5. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ГИПОТИРЕОЗ В ПЯТНЕ ЦЕЛЬНОй КРОВИ НОВОРОЖДЁННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

1) тироксина

2) трийодтиронина

3) тиреотропного гормона

6. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

1) не изменяется

2) ускоряется

3) замедляется

7. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВРОЖДЁННОГО ГИПОТИРЕОЗА

1) гипотрофия, нормальная эпителизация пупочной ранки, физиологическая желтуха

2) большая масса при рождении, отёчное лицо, макроглоссия, грубый голос при крике, позднее отхождение мекония, затянувшаяся желтуха

3) нормальная масса при рождении, задержка роста

8. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТИРЕОТОКСИКОЗА

1) полиурия, полидипсия, похудание, сухость кожи и слизистых, запах ацетона в выдыхаемом воздухе к моменту рождения

2) отставание в психомоторном и физическом развитии

3) увеличение щитовидной железы, эмоциональная неустойчивость, экзофтальм, тахикардия

9. ЗАДЕРЖКА РОСТА ПРИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) при рождении

2) на первом году жизни

3) в 2 – 3 года

4) в пубертате

10. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (КЕТТЛЕ -2)– ЭТО ОТНОШЕНИЕ

1) массы тела в кг к квадрату роста в метрах

2) массы тела в кг к росту в метрах

3) массы тела в граммах к росту в см

11. ДЛЯ 1 СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

1) 25 – 50% или от +2,5 до +3 SDS ИМТ

2) 15 – 25% (перцентильным методом) или от + 2 до +2,5 SDS ИМТ

3) до 15% или +1 SDS ИМТ

12. ДЛЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ ( сверхожирения) ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

1) 25 – 50% или от +2,5 до +3 SDS ИМТ

2) 50 – 100% или от +3 до + 3,9 SDS ИМТ

3) более 100% (перцентильным методом) или более +4 SDS ИМТ

*Выберите несколько правильных ответов:*

13. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1) травма черепа

2) генетическая предрасположенность

3) высокая калорийность питания

4) низкая двигательная активность (гиподинамия)

14. ВРОЖДЁННОЕ НАРУШЕНИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ, ПРИ КОТОРОМ ИМЕЮТСЯ ОДНОВРЕМЕННО МУЖСКИЕ И ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ, НАЗЫВАЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ГЕРМАФРОДИТИЗМОМ

15. ВРОЖДЁННОЕ НАРУШЕНИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ, ПРИ КОТОРОМ ПОЛОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ СФОРМИРОВАНЫ ПРАВИЛЬНО ПО МУЖСКОМУ ИЛИ ЖЕНСКОМУ ТИПУ, НО НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ИМЕЮТ ПРИЗНАКИ ТОГО И ДРУГОГО ПОЛА, НАЗЫВАЕТСЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ГЕРМАФРОДИТИЗМОМ

*Выберите один правильный ответ:*

16.НАСТУПЛЕНИЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ НАЧИНАЕТСЯ

1) с появления оволосения на лобке

2) увеличения полового члена

3) увеличения яичек

17. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ОЗНАЧАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВОЧКИ ДО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЛЕТ

18. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ОЗНАЧАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКА ДО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЛЕТ

19. НАСТУПЛЕНИЕ ПУБЕРТАТА (ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ) У ДЕВОЧЕК НАЧИНАЕТСЯ С

1) появления менструаций

2) увеличения грудных желёз

3) появления лобкового оволосения

20. ОТСУТСТВИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ, ОТРАЖАЮЩЕЕ ЗАДЕРЖКУ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕВОЧЕК СТАРШЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЛЕТ

21. О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЁЗ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ СТАРШЕ

1) 10 лет

2) 13 лет

3) 15 лет

22. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ КАКОГО ТИПА В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЮТ АНТИТЕЛА К β-КЛЕТКАМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЭНДОГЕННОМУ ИНСУЛИНУ ?

1) 1 типа

2) 2 типа

23. ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) сахарного диабета

2) несахарного диабета

3) хронического панкреатита

*Выберите несколько правильных ответов:*

24. СКРИНИНГ КАКИХ ВРОЖДЁННЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМОТРЕН У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА?

1) галактоземия

2) муковисцидоз

3) врождённый гипотиреоз

4) адреногенитальный синдром

25. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК?

1) менструальный цикл

2) оволосение лобка и подмышечных впадин

3) увеличение грудных желёз

4) оволосение лица

26. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АХОНДРОПЛАЗИИ

1) большая голова

2) непропорциональное телосложение за счёт укорочения конечностей

3) выраженная низкорослость

4) в более старшем возрасте нависающий лоб, седловидный нос, поясничный лордоз

5) пропорциональное телосложение

*Выберите один правильный ответ:*

27. В ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОНИЖЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В \_\_\_\_\_ КОРИДОРЕ (ЗОНЕ)

А) 2

Б) 5

В) 7

28. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

А) > +2,0

Б) +1,0 - + 1,99

В) – 0,99 - + 0,99

Г) -1,99 – - 1,0

*Выберите несколько правильных ответов:*

29. НИЗКИЙ РОСТ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН:

А) хроническими заболеваниями

Б) острыми инфекциями

В) генетическими факторами

Г) метеорологическими факторами

30. ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМ ВКЛЮЧАЕТ ДЕФИЦИТ ПРОДУКЦИИ СЛЕДУЮЩИХ ГОРМОНОВ В АДЕНОГИПОФИЗЕ:

А) окситоцин

Б) соматотропный гормон

В) вазопрессин

Г) тиреотропный гормон

Д) гонадотропный гормон

31. СИМПТОМЫ КЛИНИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЁННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ:

А) увеличенный язык (макроглоссия)

Б) позднее отхождение мекония, запоры

В) брадикардия

Г) затяжное течение желтухи

Д) мышечная гипертония

32. ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ:

А) наследственная предрасположенность

Б) низкая калорийность рациона калорийность рациона

В) гиподинамия

Г) избыточная калорийность рациона

33. ЗАДЕРЖКА ПУБЕРТАТА СТАВИТСЯ У МАЛЬЧИКОВ В \_\_\_\_ ЛЕТ ПРИ ОБЪЁМЕ ЯИЧЕК МЕНЕЕ 4 МЛ:

А) 12

Б) 13

В) 14

Г) 15

34. ЗАДЕРЖКА ПУБЕРТАТА СТАВИТСЯ У ДЕВОЧЕК В \_\_\_\_ ЛЕТ ПРИ ОТСУТСТВИИ УВЕЛИЧЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ:

А) 12

Б) 13

В) 14

Г) 15

35. ПРИЧИНЫ НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ:

А) острые заболевания

Б) хронические системные заболевания и пороки развития

В) эндокринные заболевания

Г) алиментарные факторы

Д) психоэмоциональные (стрессорные) факторы

36. КРИТЕРИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА (ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕНТИЛЬНОГО МЕТОДА) - РОСТ НИЖЕ

А) 3-й перцентили для пола и возраста

Б) 10-й перцентили для пола и возраста

В) 25-й перцентили для пола и возраста

37. КРИТЕРИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА (ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИГМАЛЬНОГО МЕТОДА) – SDS РОСТА НИЖЕ

А) минус 1

Б) минус 2

В) минус 3

38. РАСЧЁТ SDS РОСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НИЗКОРОСЛОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

А) (х – Х)/ SD

Б) (Х – х)/ SD,

где х – рост ребёнка, Х - средний рост для данного хронологического возраста и пола, SD – стандартное (сигмальное) отклонение роста для данного хронологического возраста и пола

**Эталоны ответов к тестовым заданиям**

**Семиотика поражений органов эндокринной системы у детей. Лабораторные и инструментальные методы исследования органов эндокринной системы у детей. Оценка энергетического, белкового, углеводного и жирового обмена у детей**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-2 | 20 – ТРИНАДЦАТИ |
| 2-2 | 21 – 2 |
| 3-2 | 22 - 1 |
| 4-2 | 23 - 1 |
| 5-3 | 24 – 3,4 |
| 6-3 | 25 – 1,2,3 |
| 7-2 | 26 – 1,2,3,4 |
| 8-3 | 27 - А |
| 9-3 | 28 - А |
| 10-1 | 29 – А,В,Г |
| 11-2 | 30 – Б, Г, Д |
| 12-3 | 31- А, Б, В,Г |
| 13-2,3,4 | 32 – А, В, Г |
| 14- ИСТИННЫМ | 33 - В |
| 15 – ЛОЖНЫМ | 34 - Б |
| 16 – 3 | 35 – Б, В, Г, Д |
| 17 – ВОСЬМИ | 36 - А |
| 18 – ДЕВЯТИ | 37 - Б |
| 19 – 2 | 38 - А |

**Выберите правильный ответ**

**1.Уровень гликозилированного гемоглобина в норме составляет (%)**

а) 4-6

б) 6-8

в) 8-10

г) 12-15

**2. Определение в крови уровня 17 гидроксипрогестерона используется для неонатального скрининга**

а) адреногенитального синдрома

б) врожденного гипотиреоза

в) муковисцидоза

г) фенилкетонурии

**Выберите правильные ответы**

**3. Нарушение углеводного обмена у детей при ожирении характеризуется**

а) нормогликемией

б) нарушением гликемии натощак

в) нарушением толерантности к глюкозе

г) инсулинорезистентностью

**Выберите правильный ответ**

**4. Для определения костного возраста проводится**

а) рентгенография кистей и лучезапястных суставов

б) рентгенография органов грудной клетки

в) рентгенография тазобедренных суставов

**Выберите правильные ответы**

**5. Значительное отставание костного возраста от паспортного (более2 лет) наблюдается при заболеваниях:**

а) костные дисплазии

б) СТГ-дефицит

в) идиопатическая низкорослость

**6. МРТ головного мозга (гипоталамо-гипофизарной области) при низкорослости проводится при подозрении на**

а) опухоль

б) врожденный гипотиреоз

в) муковисцидоз

7. **Высокая теплоотдача детей раннего возраста обусловлена:**

а)большей относительной поверхностью тела

б)хорошим функционированием потовых желез

в)тонкостью кожи

г)богатой васкуляризацией кожи

8. **В общем расходе энергии у детей первых месяцев жизни наибольшая доля приходится на**:

движения (мышечная работа)

а)основной обмен

б)пластический обмен (рост)

в)специфически-динамическое действие пищи

г)теплопродукцию

9. **Общее количество воды (%) в организме ребенка с возрастом**:

а)уменьшается

б)увеличивается

в)не изменяется

10. **Особенностями водно-солевого обмена у детей раннего возраста являются**:

а)большая лабильность

б)меньшее выделение воды через кожу и легкие

в)большая интенсивность водного обмена

г)относительно большая потребность в воде

**11. Костный возраст ребёнка оценивается по:**

а) срокам появления точек окостенения

б) уровню кальция крови

в) уровню фосфора крови

**12.Нормальные показатели гликемии натощак (ммоль/л):**

а) 3,3-5,5

б) менее 6,1

в) более 6,1

**13. Нормальные показатели гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой при проведении глюкозотолерантного теста (ммоль/л):**

а) более 11,1

б) менее 7,8

в) более 7,8-11,0

**14. Показатели гликемии натощак, характерные для сахарного диабета при проведении глюкозотолерантного теста (ммоль/л):**

а) 3,3-5,5

б) менее 6,1

в) более 6,1

15. **При сахарном диабете какого типа в крови определяют антитела к бета-клеткам ПЖ, эндогенному инсулину?**

а) первого типа

б) второго типа

**16. Удельный вес мочи при сахарном диабете?**

а) высокий

б) низкий

в) нормальный

**17. Удельный вес мочи при несахарном диабете?**

а) высокий

б) низкий

в) нормальный

**18. Критерии лабораторной диагностики диффузного токсического зоба?**

а) высокий уровень свободного Т4, свободного Т3

б) низкий уровень ТТГ

в) нормальный уровень ТТГ

г) высокий уровень антител к тиреопероксидазе

**Эталоны ответов к тестовым заданиям**

1. – а

2.– а

3. – б,в,г

4. – а

5. – б,в

6. - а

7.- а,в,г

8.-2,3,5

9.-1

10.-1,3,4

11.-а

12.-а

13.-б

14.-в

15.-а

16.-а

17.-б

18.-а,б,г

**Практическое занятие №20**

**Тема:Итоговое занятие по возрастным АФО, методике клинического обследования и семиотике поражений органов и систем у детей разного возраста. Лабораторная и инструментальная диагностика.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки**:

**Цел**ь занятия: Защита пропедевтической истории болезни. Собеседование по анатомо-физиологическим особенностям органов и систем детского организма. Усвоение студентами основных параклинических методов исследования органов и систем ребёнка и формирование умения их оценки

В процессе индивидуального собеседования с преподавателем каждый студент должен продемонстрировать следующие знания и умения**:**

*Студент должен знать:*

* анамнез жизни и анамнез заболевания курируемого больного
* алгоритм оценки физического развития и показатели нервно-психического развития курируемого пациента
* методику исследования органов и систем у детей разного возраста
* основные синдромы поражения у курируемого больного
* методы исследования системы поражения курируемого пациента
* критерии тяжести состояния больного
* анатомо-физиологические особенности органов и систем детского организма
* возрастные особенности периферической крови у детей (эритроциты, ретикулоциты, гемоглобин, цветовой показатель, лейкоциты, лейкоформула)
* нормативы показателей гемостаза (тромбоциты, длительность кровотечения по Дюке, время ствертывания по Ли-Уайту, Бюркеру, протромбин, фибриноген плазмы крови)
* нормативы биохимических показателей крови (общий белок и белковые фракции, С-реактивный белок, холестерин, бета-липопротеиды, билирубин и его фракции, АЛАТ, АСАТ, глюкоза, железо, кальций, фосфор, калий, натрий, мочевина, креатинин)
* нормативы микроскопического и бактериологического исследования плевральной жидкости, мокроты
* нормативы показателей общего анализа мочи (ОАМ)
* нормативы количественных проб мочи (Нечипоренко, Каковского – Аддиса)
* нормативы функциональных почечных проб у пациентов разного возраста ( диурез, пробы Зимницкого, Реберга, титрационная кислотность и аммиак мочи)
* нормативы бактериологического исследования мочи у детей разног возраста
* копрологические и бактериологические методы исследования кала
* нормативы показателей копрограммы у пациентов разного возраста
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования нервной системы у детей: эхоэнцефалоскопия (Эхо-ЭС), спинномозговая пункция, электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ)
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования костной системы: УЗИ суставов, рентгенологическое исследование костей и суставов, денситометрия
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования дыхательной системы: плевральная пункция, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография легких, бронхография, бронхоскопия
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы: эхокардиоскопия, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, рентгенография сердца
* клиническое значение функциональных проб сердечно-сосудистой системы (пробы Шалкова, Штанге, клиноортостатическая проба (КОП), велоэргометрия
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования пищеварительной системы: УЗИ, эндоскопические методы, рентгенологическое исследование органов пищеварения
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования органов кроветворения: пункция костного мозга, биопсия лимфатических узлов
* клиническое значение основных инструментальных методов исследования органов мочевой системы: УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопия, цистометрия, урофлоуметрия, внутривенная экскреторная урография, цистография

*Студент должен уметь:*

* оценить анамнез жизни (выделить факторы риска в анамнезе) курируемого пациента
* оценить физическое и нервно-психическое развитие курируемого ребенка
* провести объективное исследование ребенка по системам
* оценить данные параклинических методов исследования курируемого больного
* оценить результаты основных лабораторных исследований (клинический и биохимический анализы крови детей разного возраста, анализ спинномозговой жидкости, анализ плевральной жидкости, мокроты, общий анализ мочи, количественные и функциональные почечные пробы, бактериологическое исследование мочи, копрограмма, бактериологические исследования кала)
* интерпретировать результаты ряда инструментальных методов исследования
* **обосновать систему (системы) поражения** у курируемого больного на основании анамнеза, жалоб, объективного исследования, лабораторных и инструментальных данных

**Вопросы для самоподготовки**:

**Вопросы к зачёту по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»**

**Модуль №2 «Анатомо-физиологические особенности, методика клинического обследования и семиотика поражения органов и систем у детей. Лабораторная и инструментальная диагностика в педиатрии»**

1. Анатомо-физиологические особенности (АФО) костно-суставной системы у детей. Особенности фосфорно-кальциевого обмена и его регуляция.
2. АФО верхних и средних дыхательных путей. Анатомические особенности строения легких. Возрастные особенности частоты дыхания.
3. АФО органов дыхания у детей раннего возраста (особенности носа, придаточных пазух носа, глотки, трахеи, бронхов, легких). Характер дыхательных шумов при аускультации у детей различного возраста
4. АФО органов мочеобразования и мочевыделения у детей.
5. АФО сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей в возрастном аспекте. Особенности нервной регуляции.
6. Клиническое обследование здорового ребенка (взвешивание, измерение). Оценка физического развития (ФР)
7. Клиническое обследование ребенка и методика исследования живота (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
8. Клиническое обследование ребенка и методика исследования кожи, подкожной жировой клетчатки у детей различного возраста (цвет, влажность, эластичность, толщина подкожной клетчатки, тургор мягких тканей).
9. Клиническое обследование ребенка и методика исследования мышечной системы (осмотр, мышечный тонус, объем активных и пассивных движений, мышечная сила)
10. Клиническое обследование ребенка и методика исследования органов кроветворения у детей: общий осмотр, пальпация лимфатических узлов, селезенки, эндотелиальные пробы.
11. Клиническое обследование ребенка и методика исследования органов дыхания (анамнез, осмотр, пальпация грудной клетки, сравнительная перкуссия легких).
12. Клиническое обследование ребенка и методика исследования органов дыхания (осмотр, пальпация, топографическая перкуссия, аускультация легких).
13. Клиническое обследование ребенка и методика исследования печени и желчного пузыря (осмотр, пальпация, перкуссия, размеры печени по Курлову).
14. Клиническое обследование ребенка и методика исследования системы пищеварения: особенности анамнеза, осмотр полости рта, зева, осмотр и пальпация живота.
15. Клиническое обследование ребенка и методика исследования эндокринной системы у детей. (осмотр, пальпация щитовидной железы, пальпация яичек, оценка полового развития).
16. Клиническое обследование ребенка и методика определения границ относительной и абсолютной сердечной тупости у детей
17. Клиническое обследование ребенка и особенности сбора анамнеза у детей и родителей, составление родословной, оценка анамнеза. Факторы риска, угрожающие здоровью ребенка (факторы риска генетические, биологические, социальные и другие).
18. Особенности внутриутробного кровообращения и его изменения после рождения. Сроки закрытия эмбриональных путей кровообращения.
19. Особенности кроветворения и крови во внутриутробном периоде и в периоде новорожденности
20. Полость рта, возрастные морфологические особенности и приспособления для сосания. Слюна и ее состав у детей различного возраста.
21. Регуляция дыхания (частота дыхания, строение дыхательного центра, глубина дыхания). Механизм первого вдоха.
22. Рост и формирование скелета. Сроки закрытия родничков и черепных швов. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов. Количество молочных и постоянных зубов. Зубная формула.
23. Техника антропометрии детей разного возраста. Индексы физического развития (индексы Чулицкой, Тура, Эрисмана, Кетле-1, Кетле -2, индекс стении, индекс массы тела ( ИМП) и SDS (средние отклонения роста и массы тела), их клиническое значение.
24. Эндокринные железы. Роль и значение функций отдельных желез для развития ребенка.
25. Возрастные особенности периферической крови у детей (эритроциты, ретикулоциты, гемоглобин, цветовой показатель, лейкоциты, лейкоформула)
26. Нормативы показателей гемостаза (тромбоциты, длительность кровотечения по Дюке, время ствертывания по Ли-Уайту, Бюркеру, протромбин, фибриноген плазмы крови)
27. Нормативы биохимических показателей крови (общий белок и белковые фракции, С-реактивный белок, холестерин, бета-липопротеиды, билирубин и его фракции, АЛАТ, АСАТ, глюкоза, железо, кальций, фосфор, калий, натрий, мочевина, креатинин)
28. Нормативы микроскопического и бактериологического исследования плевральной жидкости, мокроты
29. Нормативы показателей общего анализа мочи (ОАМ)
30. Нормативы количественных проб мочи (Нечипоренко, Каковского – Аддиса)
31. Нормативы функциональных почечных проб у пациентов разного возраста ( диурез, пробы Зимницкого, Реберга, титрационная кислотность и аммиак мочи)
32. Нормативы бактериологического исследования мочи у детей разног возраста
33. Копрологические и бактериологические методы исследования кала
34. Нормативы показателей копрограммы у пациентов разного возраста
35. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования нервной системы у детей: эхоэнцефалоскопия (Эхо-ЭС), спинномозговая пункция, электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ)
36. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования костной системы: УЗИ суставов, рентгенологическое исследование костей и суставов, денситометрия
37. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования дыхательной системы: плевральная пункция, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рентгенография легких, бронхография, бронхоскопия
38. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы: эхокардиоскопия, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, рентгенография сердца
39. Клиническое значение функциональных проб сердечно-сосудистой системы (пробы Шалкова, Штанге, клиноортостатическая проба (КОП), велоэргометрия
40. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования пищеварительной системы: УЗИ, эндоскопические методы, рентгенологическое исследование органов пищеварения
41. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования органов кроветворения: пункция костного мозга, биопсия лимфатических узлов
42. Клиническое значение основных инструментальных методов исследования органов мочевой системы: УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопия, цистометрия, урофлоуметрия, внутривенная экскреторная урография, цистография.

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №1

ОЦЕНИТЬ

Клинический анализ крови

(Ребенку 4 года)

WBC: 7,6 х 10 х 9/л

LYM: 40%

GRA: 45%

MON: 10%

EO: 1%

палочкоядерные: 4%

RBC: 2,5 х 10 х 12/л

HGB: 66 г/л

HCT: 30/4%

ЦП: 0,7

MCV: 82,3 fl

MCH: 26,6 pg

MCHC: 322 g/l

СОЭ: 20 мм/час

Общий анализ мочи

(Ребенку 3 года)

Цвет: мясных помоев

Прозрачность: мутная

Удельный вес: 1020

Белок: 0,099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 2 -3 в поле зрения

Лейкоциты: 3 - 4 в поле зрения

Эритроциты: покрывают все поле зрения

Проба Нечипоренко

(ребенок 10 лет)

Лейкоциты 5200 в 1 мл мочи

Эритроциты 1000 в 1 мл мочи

Биохимический анализ крови

(Ребенок 10 лет)

Билирубин: 13,0 мкмоль/л

Креатинин: 115 мкмоль/л

Мочевина: 12,0 ммоль/л

Общий белок: 56,8 г/л

Альбумины: 35 %

Глобулины 65%

L – глобулины: 24%

B – глобулины: 18%

q – глобулины: 23%

Фибриноген 2,5 г/л

Холестерин: 6,2 ммоль/л

Рентгенограмма №1

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №2

Клинический анализ крови

(Ребенку 4 года)

WBC: 7,8 х 10 х 9/л

LYM: 34%

GRA: 52%

MON: 10%

EO: 2%

палочкоядерные: 2%

RBC: 2,5 х 10 х 12/л

HGB: 76 г/л

HCT: 30/4%

ЦП: 0,8

MCV: 82,3 fl

MCH: 26,6 pg

MCHC: 322 g/l

Микросфероциты

Ретикулоциты 8%

Осмотическая резистентность эритроцитов мин 0,7% NaCI, макс 0,48% NaCI

СОЭ: 28 мм/час

Общий анализ мочи

(девочка 3 года)

Цвет: мясных помоев

Прозрачность: мутная

Удельный вес: 1020

Белок: 0,099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 3 – 4 в поле зрения

Лейкоциты: 5 - 6 в поле зрения

Эритроциты: покрывают все поле зрения

Соли: нет

Клиренс по эндогенному креатинину (проба Реберга)

(ребенку 13 лет)

Скорость клубочковой фильтрации: 88 мл/ минуту

Коффициент канальцевой реабсорбции воды: 98,5%

Креатинин сыворотки крови: 98 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

(Ребенок 10 лет)

Билирубин: 13,0 мкмоль/л

Креатинин: 0,2 ммоль/л

Мочевина: 12,0 ммоль/л

Общий белок: 56 г/л

Альбумины: 35 %

Глобулины 65%

L – глобулины: 24%

B – глобулины: 18%

q – глобулины: 23%

Холестерин: 5,2 ммоль/л

Железо: 7,5 мкмоль/л

Глюкоза: 5, 5 ммоль/л

Рентгенограмма №2

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №3

Клинический анализ крови

(Ребенку 5 лет)

WBC: 7,8 х 10 х 9/л

LYM: 37%

GRA: 54%

MON: 6%

EO: 1%

палочкоядерные: 2%

RBC: 2,85 х 10 х 12/л

HGB: 78 г/л

HCT: 29/4%

ЦП: 0,8

MCV: 80,3 fl

MCH: 27,6 pg

MCHC: 320 g/l

СОЭ: 22 мм/час

Ретракция кровяного сгустка 28%

Длительность кровотечения по Дуке: 7 минут

Общий анализ мочи

(Ребенку 6 лет)

Количество: 100 мл

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: слабо мутная

Удельный вес: 1020

Белок: 0, 066 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 8-10 в поле зрения

Лейкоциты: 20 -25 в поле зрения

Эритроциты 5 -7 в поле зрения

Проба Нечипоренко

(Ребенку 8 лет)

Лейкоциты: 4000 в 1 мл

Эритроциты: 1000 в 1 мл

Биохимический анализ крови

(Ребенку 10 лет)

Общий белок: 81 г/л Креатинин: 80 мкмоль/л

Альбумины: 52% Железо : 17 мкмоль/л

L – глобулины: 18%

B – глобулины: 10%

q – глобулины: 20%

Холестерин: 5,4 ммоль/л

Глюкоза : 4,5 ммоль/л

Мочевина: 5,2 ммоль/л

Рентгенограмма №3

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №4

Клинический анализ крови

(Ребенку 5 лет)

WBC: 8,4 х 10 х 9/л

LYM: 52%

GRA: 29%

MON: 16%

EO: 2%

палочкоядерные: 1%

RBC: 3,2 х 10 х 12/л

HGB: 108 г/л

HCT: 30%

ЦП: 0,8

MCV: 81,3 fl

MCH: 30,6 pg

MCHC: 310 g/l

PLT 220x 10x9/л

СОЭ: 10 мм/час

Время свертывания по Ли Уайту: 5 минут

Длительность кровотечения по Дуке: 4 минуты

Общий анализ мочи

(Ребенку 4,5 года)

Цвет: светло желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1018

Белок: 0, 099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 6 - 8 в поле зрения

Лейкоциты: 20 - 25 в поле зрения

Эритроциты: 8 – 10 в поле зрения

Соли: оксалаты единичные

Клиренс по эндогенному креатинину ( ребенку 14 лет)

Скорость клубочковой фильтрации: 115 мл в минуту

Канальцевая реабсорбция воды 98,5%

Креатинин сыворотки крови: 95 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

(Ребенку 15 лет)

Общий белок: 80 г/л

Альбумины: 60 %

L – глобулины: 10%

B – глобулины: 14%

q – глобулины: 16%

Сывороточное железо: 10,1 мкмоль/л

Калий: 2,1 ммоль/л

Натрий: 115 ммоль/л

Креатинин: 90 мкмоль/л

Мочевина: 5,6 ммоль/л

Рентгенограмма №4

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №5

Клинический анализ крови

(Ребенку 2года 3 месяца)

WBC: 8,4 х 10 х 9/л

LYM: 52%

GRA: 29%

MON: 16%

EO: 2%

палочкоядерные: 1%

RBC: 3,2 х 10 х 12/л

HGB: 108 г/л

HCT: 30%

ЦП: 0,8

MCV: 81,3 fl

MCH: 30,6 pg

MCHC: 310 g/l

PLT 220x 10x9/л

СОЭ: 10 мм/час

Время свертывания по Ли Уайту: 4 минуты 50 секунд

Длительность кровотечения по Дуке: 2 минуты 30 секунд

Общий анализ мочи

(Ребенку 4,5 года)

Цвет: светло желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1018

Белок: 0, 099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 6 - 8 в поле зрения

Лейкоциты: 20 - 25 в поле зрения

Эритроциты: 8 – 10 в поле зрения

Соли: оксалаты единичные

Проба Нечипоренко

(Ребенку 8 лет)

Лейкоциты: 4000 в 1 мл

Эритроциты: 1500 в 1 мл

Биохимический анализ крови

(Ребенку 16 лет)

Общий белок: 80 г/л

Альбумины: 60 %

L – глобулины: 10%

B – глобулины: 14%

q – глобулины: 16%

Сывороточное железо: 11,1 мкмоль/л

Калий: 2,1 ммоль/л

Натрий: 115 ммоль/л

Креатинин: 90 мкмоль/л

Мочевина: 6,2 ммоль/л

Рентгенограмма №5

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №6

Клинический анализ крови

(Ребенку 3 года)

WBC: 15 х 10 х 9/л

LYM: 40%

GRA: 39%

MON: 11%

EO: 2%

палочкоядерные: 8%

RBC: 2,95 х 10 х 12/л

HGB: 96 г/л

HCT: 29%

ЦП: 0,8

MCV: 80,3 fl

MCH: 31,6 pg

MCHC: 322 g/l

PLT 90x 10x9/л

СОЭ: 15 мм/час

Ретракция кровяного сгустка: 40%

Длительность кровотечения по Дуке: 6 минут

Общий анализ мочи

(Мальчик 5 лет)

Цвет: светло - желтый

Прозрачность: сл. мутная

Удельный вес: 1015

Белок: 0, 066 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 3 - 4 в поле зрения

Лейкоциты: 10 -12 в поле зрения

Эритроциты: 5 -6 в поле зрения

Соли: оксалаты умеренное количество

Клиренс эндогенного креатинина ( ребенку 14 лет)

Скорость клубочковой фильтрации: 115 мл в минуту

Канальцевая реабсорбция воды 98,5%

Креатинин сыворотки крови: 95 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

(Ребенку 5 лет)

Общий белок: 59 г/л

Альбумины: 48%

L1 – глобулины: 12%

L2 – глобулины: 12%

B – глобулины: 14%

q – глобулины: 14%

Холестерин: 4,8 ммоль/л

Билирубин: 24,0 мкмоль/л

Мочевина: 5,1 ммоль/л

Креатинин: 85 мкмоль/л

Кальций: 2,1 ммоль/л

Рентгенограмма №6

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №7

Клинический анализ крови

(Ребенку 3 года)

WBC: 8,6 х 10 х 9/л

LYM: 36%

GRA: 52%

MON: 6%

EO: 2%

палочкоядерные: 4%

RBC: 2,2 х 10 х 12/л

HGB: 58 г/л

HCT: 28%

ЦП: 0,85

MCV: 80,3 fl

MCH: 31,6 pg

MCHC: 319 g/l

PLT 200x 10x9/л

СОЭ: 32 мм/час

Осмотическая резистентность эритроцитов

Мин – 0,7% NaCI

Мак – 0,52%NaCI

Общий анализ мочи

(Ребенку 8 лет)

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: мутная

Удельный вес: 1016

Белок: 0,066 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 3-5 в поле зрения

Лейкоциты: 20- 40 в поле зрения

Эритроциты: 4-5 в п\зр

Бактерии: большое количество

Проба Нечипоренко

(Ребенок 4,5 года)

Лейкоциты: 6000 в 1 мл

Эритроциты: 2000 в 1 мл

Биохимический анализ крови

(Ребенку 3 года)

Общий белок: 70 г/л

Альбумины: 56%

L1 – глобулины: 5%

L2 – глобулины: 14%

B – глобулины: 4%

q – глобулины: 21%

Билирубин: 12,6 мкмоль/л

Мочевина: 4,3 ммоль/л

Кальций: 2,4 ммоль/л

Железо: 15,2 мкмоль/л

Рентгенограмма №7

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №8

Клинический анализ крови

(Ребенку 3 года)

WBC: 10,2 х 10 х 9/л

LYM: 50%

GRA: 36%

MON: 8%

EO: 4%

палочкоядерные: 2%

RBC: 3,5 х 10 х 12/л

HGB: 100 г/л

HCT: 31%

ЦП: 0,9

MCV: 82,3 fl

MCH: 31,6 pg

MCHC: 319 g/l

PLT 240x 10x9/л

СОЭ: 12 мм/час

Общий анализ мочи

(Ребенок 8 лет)

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1018

Белок: 0, 099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 10 - 12 в поле зрения

Лейкоциты: 18 – 20 в поле зрения

Эритроциты: 5 – 10 в поле зрения

Клиренс эндогенного креатинина

(ребенку 12 лет)

Скорость клубочковой фильтрации: 76 мл в минуту

Канальцевая реабсорбция воды : 97%

Креатинин сыворотки крови: 115 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

( ребенку 10 лет )

Общий белок: 80 г/л Креатинин 80 мкмоль/л

Альбумины: 63 % Холестерин 4,1 ммоль/л

L1 – глобулины: 5% Кальций 2,7 ммоль/л

L 2– глобулины: 6% Железо 15 мкмоль/л

B – глобулины: 11%

q – глобулины: 15%

Мочевина 5,2 ммоль/л

Рентгенограмма №8

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №9

Клинический анализ крови

(Ребенку 4 года)

WBC: 7,6 х 10 х 9/л

LYM: 40%

GRA: 45%

MON: 10%

EO: 1%

палочкоядерные: 4%

RBC: 2,5 х 10 х 12/л

HGB: 66 г/л

HCT: 30/4%

ЦП: 0,7

MCV: 82,3 fl

MCH: 26,6 pg

MCHC: 322 g/l

СОЭ: 20 мм/час

Общий анализ мочи

(Ребенок 8 лет)

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1018

Белок: 0, 099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 10 - 12 в поле зрения

Лейкоциты: 18 – 20 в поле зрения

Эритроциты: 5 – 10 в поле зрения

Проба Нечипоренко

(Ребенок 4,5 года)

Лейкоциты: 6000 в 1 мл

Эритроциты: 2000 в 1 мл

Биохимический анализ крови

(Ребенку 10 лет)

Общий белок: 81 г/л Креатинин: 80 мкмоль/л

Альбумины: 52% Железо : 17 мкмоль/л

L – глобулины: 18%

B – глобулины: 10%

q – глобулины: 20%

Холестерин: 5,4 ммоль/л

Глюкоза : 4,5 ммоль/л

Мочевина: 5,2 ммоль/л

Рентгенограмма №9

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №10

Клинический анализ крови

(Ребенку 4 года)

WBC: 7,6 х 10 х 9/л

LYM: 40%

GRA: 45%

MON: 10%

EO: 1%

палочкоядерные: 4%

RBC: 2,5 х 10 х 12/л

HGB: 66 г/л

HCT: 30/4%

ЦП: 0,7

MCV: 82,3 fl

MCH: 26,6 pg

MCHC: 322 g/l

СОЭ: 20 мм/час

Общий анализ мочи

(Ребенок 8 лет)

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1018

Белок: 0, 099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 10 - 12 в поле зрения

Лейкоциты: 18 – 20 в поле зрения

Эритроциты: 5 – 10 в поле зрения

Проба Нечипоренко

(Ребенок 4,5 года)

Лейкоциты: 6000 в 1 мл

Эритроциты: 2000 в 1 мл

Биохимический анализ крови

(Ребенку 10 лет)

Общий белок: 81 г/л Креатинин: 80 мкмоль/л

Альбумины: 52% Железо : 17 мкмоль/л

L – глобулины: 18%

B – глобулины: 10%

q – глобулины: 20%

Холестерин: 5,4 ммоль/л

Глюкоза : 4,5 ммоль/л

Мочевина: 5,2 ммоль/л

Рентгенограмма №10

ПАКЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ №11

Клинический анализ крови

(Ребенку 4 года)

WBC: 7,6 х 10 х 9/л

LYM: 40%

GRA: 45%

MON: 10%

EO: 1%

палочкоядерные: 4%

RBC: 2,5 х 10 х 12/л

HGB: 66 г/л

HCT: 30/4%

ЦП: 0,7

MCV: 82,3 fl

MCH: 26,6 pg

MCHC: 322 g/l

СОЭ: 20 мм/час

Общий анализ мочи

(Ребенок 8 лет)

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1018

Белок: 0, 099 г/л

Реакция: рН 5,0

Глюкоза: нет

Эпителий: 10 - 12 в поле зрения

Лейкоциты: 18 – 20 в поле зрения

Эритроциты: 5 – 10 в поле зрения

Клиренс по эндогенному креатинину (проба Реберга)

(ребенок 13 лет)

Скорость клубочковой фильтрации: 100 мл/мин

Канальцевая реабсорбция воды: 98,5%

Креатинин сыворотки крови: 89 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

(ребенок 2 года)

Общий белок: 70 г/л

Альбумины: 66 %

L1 – глобулины: 5%

L2 – глобулины: 5%

B – глобулины: 12%

q – глобулины: 12%

Фибриноген: 2,5 г/л

Билирубин: 26,2 мкмоль/л

АЛТ 45 ед/л , АСТ 62 ед/л

Креатинин: 85 мкмоль/л

Мочевина: 5,1 ммоль/л

Железо: 9,5 мкмоль/л

Рентгенограмма №11

6. **Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с литературой
* Написание учебной истории болезни курируемого на занятиях ребенка в соответствии с пособием для студентов педиатрического факультета «Схема учебной истории болезни».

Образец зачетного билета

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра факультетской педиатрии**

**Специальность 31.05.02 «Педиатрия»**

**Дисциплина «Пропедевтика детских болезней»**

**Модуль №2 «Анатомо-физиологические особенности, методика клинического обследования и семиотика поражения органов и систем у детей. Лабораторная и инструментальная диагностика в педиатрии»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ №1

1. Клиническое обследование здорового ребенка (взвешивание, измерение). Оценка физического развития (ФР)
2. АФО органов дыхания у детей раннего возраста (особенности носа, придаточных пазух носа, глотки, трахеи, бронхов, легких). Характер дыхательных шумов при аускультации у детей различного возраста
3. Клиническая задача №1

**Зав .кафедрой, д.м.н, профессор, ЗВ РФ А.А.Вялкова**

**Декан педиатрического факультета**

**д.м.н.,профессор Е.А.Кремлева**

« » 20 г.

Образец клинической задачи

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра факультетской педиатрии**

**Ситуационная задача №1**

Мальчик, 3 мес., находится на стационарном обследовании и лечении в отделении раннего возраста.

***Жалобы при поступлении:*** со слов мамы ребенка, на одышку, цианоз носогубного треугольника при плаче, повышенную утомляемость, капризность, слабость.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от I беременности, I срочных родов на 38 неделе. На 6 неделе беременности женщина перенесла ОРВИ, лечение не получала. Масса тела при рождении 2800г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения находится на искусственном вскармливании.

***Перенесенные заболевания:*** ОРВИ в 2 мес.

***Аллергологический анамнез:*** не отягощен.

***Генеалогический анамнез:*** отягощен по порокам сердечно-сосудистой системы – у дяди по материнской линии ВПС.

***Анамнез заболевания:*** с рождения у ребенка выслушивается грубый систолический шум в области сердца. Поступил в отделение с диагностической и лечебной целью.

***Объективно:*** при поступлении состояние средней степени тяжести.

На осмотр реагирует негативно, беспокоен. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные, умеренной влажности. При осмотре отмечается цианоз носогубного треугольника, усиливается при плаче и сосании. Подкожно-жировой слой на грудной клетке спереди под ключицами 0,3мм, около пупка 0,5 см, на внутренней поверхности плеча 0,3 мм, на внутренней поверхности бедра – 0,5 см.

Голова округлой формы, большой родничок не напряжен, не выбухает, 1,0\*1,0 см, края ровные плотные. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное с обеих сторон. При кормлении и плаче ЧДД 46-54 в мин. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2.5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – второе м/р, левая – 2.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум во всех аускультативных точках с p.max на верхушке сердца. Шум проводится в межлопаточную область слева. ЧСС 130-140 в мин. Аппетит снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Почки не пальпируются. Стул ежедневно, 3-4 раза в день, кашицеобразный, желтый, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая.

Масса – 4,5 кг, рост – 57 см.

***Проведены лабораторные и инструментальные исследования:***

**ОАК** – гемоглобин 129г/л, эритроциты 4,5\*1012/л, MCV – 72 фл., МСН – 24,2 пг., МСНС – 320 г/л, RDW – 14%, лейкоциты 7,2\*109, СОЭ 10 мм/час, п/я - 4 %, с/я - 36%, э - 1 % , л – 57%, м – 2%, тромбоциты – 220,0х109/л.

**ОАМ:** рН 5,5; относительная плотность – 1018, белок отриц., эпителий – ед. плоск., лейкоциты-1-2в поле зрения, эритроциты – отриц.

**Биохимический анализ крови**: общий белок 60 г/л, мочевина 4,5 ммоль/л, холестерин 4,2 ммоль/л, общий билирубин 13,5 ммоль/л, АЛАТ 13,0 Е/л, АСАТ 14,2 Е/л, ЩФ 180 ммоль/л.

**ЭХО-КС+допплерография:** Вторичный ДМПП – 7 мм, с лево-правым сбросом крови, с увеличением правых отделов сердца, с ЭХО-признаками объемной перегрузки правого желудочка. Полость левого желудочка не увеличена, сократительная способность миокарда сохранена.

**Задание:**

**1. Выделите основные синдромы. Сделайте заключение по имеющимся лабораторным и инструментальным показателям. Обоснуйте систему поражения.**

**2. Назовите специальные методы исследования, которые могут применяться для оценки состояния этой системы органов.**

**Модуль 3. Питание здоровых детей грудного и раннего возраста. Пропедевтика неонатального периода.**

**Практическое занятие №1**

**Тема**: **Питание здоровых детей первого года жизни:**

**естественное (грудное) вскармливание.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

Устный опрос

Тестовые задания

Реферат

Выполнение письменного задания

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для самоподготовки**

1. Определение естественного (грудного) вскармливания. Виды грудного вскармливания.

2. Преимущества грудного вскармливания для ребенка и матери.

3. Биологические особенности женского молока, состав грудного молока.

4. Десять принципов успешного кормления грудью.

5. Сроки и техника прикладывания ребенка к груди матери.

6. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди.

7. Противопоказания к кормлению грудью.

8. Режимы кормления ребенка в зависимости от возраста и количества высасываемого молока

9. Режим и питание кормящей матери.

10. Способы расчета суточного количества питания детям первого года жизни: формула Финкельштейна, объемный, формула Шкарина.

11. Потребность ребенка в пищевых веществах и энергии на первом году жизни.

12.Критерии эффективности вскармливания.

13. Составление рациона питания детям от рождения до 5 месяцев, находящимся на грудном вскармливании.

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Написание рефератов

**Темы рефератов**

1.Биологические свойства женского молока

2.Режим и диета беременной женщины и кормящей матери

3.Пути сохранения лактации у матери на протяжении года – полутора лет

* **Выполнение письменного задания**

Представить в виде таблицы сравнительный состав молозива и зрелого грудного молока

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме «Питание здоровых детей первого года жизни:**

**естественное (грудное) вскармливание»**

**Выберите правильные ответы**

1. ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) адаптированная молочная смесь

Б) пастеризованное козье молоко

В) молоко матери

Г) пастеризованное коровье молоко

2. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЛАКТАЦИИ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

А) увеличить частоту прикладывания ребѐнка к груди

Б) уменьшить частоту прикладывания ребѐнка к груди

В) уменьшить физические нагрузки матери

Г) увеличить физические нагрузки матери

3. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_МАССЫ ТЕЛА

А) 1/4

Б) 1/5

В) 1/6

Г) 1/7

4. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ (Г/КГ/СУТКИ) ПРИ

ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

А) 2,0

Б) 2,2

В) 2,6

Г) 2,9

5. СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ

А) 1 : 1

Б) 2 : 1

В) 1 : 2

Г) 3 : 2

6. ЛАКТОЗА, НЕРАСЩЕПЛЕННАЯ В ТОНКОЙ КИШКЕ, В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

А) расщепляется до моносахаридов

Б) выходит неизмененной с калом

В) расщепляется до олигосахаридов

Г) утилизируется микрофлорой кишечника

7. К КОНЕЧНОМУ ПРОДУКТУ УТИЛИЗАЦИИ ЛАКТОЗЫ МИКРОФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТ

А) моносахариды

Б) короткоцепочные жирные кислоты

В) газы

Г) молочную кислоту

8. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ ДЛЯ РАННЕГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ РЕБЕНКА К ГРУДИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) сифилис Б) ангина, грипп В) резус-конфликт Г) пневмония

9. «СВОБОДНЫМ» ВСКАРМЛИВАНИЕМ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ РЕЖИМ ПИТАНИЯ:

А) каждые 3 часа с ночным перерывом

Б) каждые 3 часа

В) когда ребенок определяет часы и объем кормлений (кормления по «требованию» ребенка)

Г) в определенные часы, объем пищи определяется ребенком

10. ОТЛИЧИЯ СОСТАВА МОЛОЗИВА ПО СРАВНЕНИЮ СО ЗРЕЛЫМ ЖЕНСКИМ МОЛОКОМ:

А) белка меньше Б) белка больше

В) углеводов больше Г) жира меньше

Д) энергетическая ценность меньше Е) концентрация JgA больше

Ж) содержание незаменимых жирных кислот выше

11 МОЛОЗИВНЫЕ ТЕЛЬЦА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

А) неизмененные лейкоциты Б) жировые частицы

В) микрофаги молозива Г) лейкоциты в стадии жирового перерождения

Д) агломераты иммуноглобулинов

12. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО

СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) целиакия

Б) фенилкетонурия

В) галактоземия

Г) первичная лактазная недостаточность

13. ОБЪЕМ ПИТАНИЯ НА СУТКИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ С 10 ДНЕЙ ДО 2 МЕСЯЦЕВ

ОПРЕДЕЛЯЮТ ИЗ РАСЧЕТА \_\_\_\_\_\_\_\_ ДОЛЖЕНСТВУЮЩЕЙ МАССЫ ТЕЛА

А) 1/5

Б) 1/6

В) 1/7

Г) 1/8

14. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ (Г/100 МЛ)

А) 3,5

Б) 2,8

В) 2,0

Г) 1,2

15. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

А) 4

Б) 5

В) 6

Г) 7

16. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО

А) 10%

Б) 25%

В) 40%

Г) 50%

17. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПЕРВОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ К ГРУДИ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

А) через 12 часов после рождения Б) через 6 часов после рождения

В) в первые 30 минут после рождения Г) через 9 часов после рождения

Д) через 24 часа после рождения

18. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТАЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У

А) детей первого года жизни

Б) старших школьников

В) взрослых

Г) младших школьников

19. НЕУТИЛИЗИРОВАННАЯ МИКРОФЛОРОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАКТОЗА СПОСОБСТВУЕТ

А) замедлению моторики кишечника

Б) абсорбции воды из кишечника

В) снижению осмотического давления в кишечнике

Г) повышению осмотического давления в кишечнике

20. ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

А) меньше 18,5

Б) 18,5-25

В) 25-30

Г) больше 30

21. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ГРУДЬЮ МАТЕРИ:

А) не рекомендуются

Б) рекомендуются

В) способствуют установлению длительной лактации

Г) уменьшают лактацию, т.к. нарушается сон матери

22. ОТЛИЧИЯ СОСТАВА МОЛОЗИВА ПО СРАВНЕНИЮ СО ЗРЕЛЫМ ЖЕНСКИМ МОЛОКОМ:

1) белка меньше 2) белка больше

3) углеводов больше 4) жира меньше

5) энергетическая ценность меньше 6) концентрация JgA больше

7) содержание незаменимых жирных кислот выше

23 СЕКРЕТОРНЫЙ ИММУНОГЛОБУЛИН А ЖЕНСКОГО МОЛОКА ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:

А) содержится в наиболее высоких концентрациях в молозиве, снижаясь с увеличением сроков лактации

Б) устойчив к кипячению

В) устойчив к низкой величине рН желудочного сока

Г) устойчив к низкой величине рН желудочного содержимого, действию протеолитических ферментов

Д) содержание иммуноглобулина А не меняется в течение всего срока лактации

24 МИНЕРАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ БОЛЕЕ ВЫСОКУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ В МОЛОКЕ ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ:

А) натрий Б) калий В) железо Г) медь Д) цинк

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний**

**по теме ««Питание здоровых детей первого года жизни:**

**естественное (грудное) вскармливание»**

1. В
2. А
3. Г
4. Б
5. Б
6. Г
7. А
8. В
9. В
10. Б, Г, Е, З
11. Г
12. В
13. А
14. Г
15. Б
16. Б
17. В
18. А
19. Г
20. В
21. Б, В
22. Б, Г,Е. З
23. А, Г
24. В,Г,Д

# **Практическое занятие № 2**

**Тема**: **«Питание здоровых детей первого года жизни: искусственное и смешанное вскармливание»**

**Форма контроля**

Устный опрос

Решение ситуационных задач

Реферат

Выполнение письменного задания

**Вопросы для самоподготовки**

1.Определения искусственного и смешанного вскармливания.

2.Классификация молочных смесей, применяемых для искусственного и смешанного вскармливания.

3.Характеристика адаптированных смесей

4.Сравнительный состав женского и коровьего молока.

5. Правила выбора смеси.

6.Потребность в энергии, пищевых веществах, витаминах и минеральных веществах при искусственном и смешанном вскармливании.

7. Возможности создания индивидуального банка грудного молока (сбор, пастеризация, охлаждение, заморозка, хранение).

8.Правила проведения искусственного и смешанного вскармливания.

9.Техника контрольного кормления.

10.Составление рационов питания детям при искусственном и смешанном вскармливании.

11.Оценка эффективности искусственного и смешанного вскармливания.

12.Трудности при кормлении грудью. Понятие о гипогалактии. Виды. Рекомендации. Лактационный криз: определение, тактика

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Написание рефератов:

**Темы рефератов**

* 1.Характеристика и технология создания современных адаптированных молочных смесей для питания детей первого года жизни

**Выполнение письменного задания**

* Представить в виде таблицы сравнительный состав грудного и коровьего молока
* Представьте в виде таблицы характеристику адаптированных молочных смесей:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Особенности состава | Показания для назначения | Особенности разведения, употребления | Продолжительность назначения | Представители |
| Стандартные |  |  |  |  |  |
| Гипоаллергенные |  |  |  |  |  |
| Кисломолочные |  |  |  |  |  |
| Антирефлюксные |  |  |  |  |  |
| Для недоношенных |  |  |  |  |  |

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме «Питание здоровых детей первого года жизни: искусственное и смешанное вскармливание»**

1. **Искусственное вскармливание – это питание ребенка 1- года жизни:**

а) детскими молочными смесями, заменителями женского молока (ЗЖМ)

б) ЗЖМ и женским молоком (менее 1/5 суточного объема)

в) ЗЖМ и женским молоком (менее 1/3 суточного объема)

**2. Искусственное вскармливание с 1-го мес. жизни приводит в возрасте 4-6 мес. жизни к:**

а) замедлению роста;

б) замедлению общего развития;

в) замедлению роста и развития;

г) ускорению роста и развития;

д) метаболическим нарушениям.

**3. Среднее число кормлений за сутки ребенка 2-го полугодия жизни:**

а) 3 б) 4 в) 5 г) 6 д) 7

1. **Среднее число кормлений за сутки ребенка от 2-3 до 5-6 месяцев жизни на искусственном вскармливании:**

а) 3 -4 б) 6 в) 8- 10

**5. Адаптация искусственных молочных смесей включает:**

а) уменьшение содержания белка; б) добавление деминерализованной молочной сыворотки;

в) уменьшение содержания животных жиров; г) добавление молочного жира;

д) уменьшение содержания сахара; е) коррекция содержания витаминов и минеральных веществ.

**6. В «последующих» молочных формулах заменителей женского молока (формула 2) в отличие от «начальных» (формула 1):**

а) содержание белков и энергии выше

б) содержится лактоза, сахароза, крахмал в) содержание железа выше

г) содержание белков и энергии ниже д) содержится только лактоза.

1. **При расчете объема питания для новорожденных первых дней жизни, находящихся на искусственном вскармливании, используются способы:**

а) формула Финкельштейна

б) энергетический

в) объемный

1. **Стул ребенка на искусственном вскармливании:**

а) имеет кислый запах; б) замазкообразной консистенции; в) содержит много воды;

г) имеет примесь слизи и зелени; д) светло-желтого цвета.

**9. Смешанным вскармливанием называется питание ребенка 1-го года, когда наряду с женским молоком ребенок получает докорм в виде:**

а) фруктового пюре

б) овощного пюре

в) донорского молока

г) искусственных молочных смесей

д) фруктовых и овощных соков

**10. Среднее число кормлений за сутки ребенка первых 2-х месяцев жизни на искусственном вскармливании:**

а) 3 -4 б) 5 -6 в) 6 -7 г) 8 – 10

**11. Среднее число кормлений за сутки ребенка от 2-3 до 5-6 месяцев жизни на искусственном вскармливании:**

а) 3 -4 б) 6 в) 8- 10

**12. Различают следующие группы молочных смесей для искусственного вскармливания по назначению:**

а) адаптированные

б) стандартные

в) пресные (сладкие)

г) лечебные

д) сложные

е) профилактические

ж) жидкие

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний**

**по теме ««Питание здоровых детей первого года жизни:**

**смешанное и искусственное вскармливание»**

1. А
2. Г, Д
3. В
4. Б
5. А,Б,Г,Е
6. Б, В, Г
7. А
8. А, Б, Г
9. Г
10. В
11. Б
12. Б, Г, Е

**Ситуационные задачи для контроля знаний**

1.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 11 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу тела и рост, потребность в пищевых веществах и энергии

2.Составить рацион питания ребенку (девочка) 7 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл. Указать долженствующую массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

3.Составить рацион питания ребенку (девочка) 3 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать потребность в пищевых веществах и энергии. Рассчитать суточный объем питания (всеми способами).

4.Составить рацион питания ребенку (девочка) 6 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. У матери ½ молока от разового объема питания. Указать долженствующие массу и длину тела ребенка, потребность в пищевых веществах и энергии.

5.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

6.Составить рацион питания ребенку (девочка) 4 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 100,0. Указать потребность в пищевых веществах и энергии.

7.Составить рацион питания ребенку (девочка) 9 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

8.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

9.Составить рацион питания ребенку (девочка) 3 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать потребность в пищевых веществах и энергии. Рассчитать суточный объем питания всеми способами

10.Составить рацион питания ребенку (девочка) 8 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. У матери 1/3 молока от разового объема питания. Указать долженствующие массу и рост ребенка, потребность в пищевых веществах и энергии.

11.Составить рацион питания ребенку (девочка) 11 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии

12.Составить рацион питания ребенку (девочка) 5 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 г. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

13.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 10 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

14.Составить рацион питания ребенку (девочка) 5 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 80-90 г. долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

15.Составить рацион питания ребенку (девочка) 9 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Рассчитать долженствующие массу и рост ребенка, суточный объем питания

16.Составить рацион питания ребенку (девочка) 6 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 60 - 70 г. Указать потребность в пищевых веществах и энергии.

17.Составить рацион питания ребенку (девочка) 7 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

18.Составить рацион питания ребенку(мальчик) 9 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. У матери 1/3 молока от разового объема. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

19.Ребенок (девочка) находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 1 месяц. Рассчитать, какую массу и длину тела должен иметь ребенок в этом возрасте, суточный объем пищи. Составить рацион питания. Указать потребность в пищевых веществах и энергии.

20.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 4 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 100, 0 Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

# **Практическое занятие № 3**

**Тема**: **«Питание здоровых детей первого года жизни:**

**организация введения прикорма»**

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

Устный опрос

Тестирование

Решение ситуационных задач

Реферат

**Вопросы для самоподготовки**

1.Понятие прикорма. Показания к введению прикорма.

2. Техника введения прикорма.

3. Блюда и сроки введения прикорма

4. Правила выбора блюд прикорма

5. Технология приготовления блюд прикорма в домашних условиях

6. Сроки и правила отлучения ребенка от груди

7. Критерии эффективности вскармливания

8. Составление рационов питания детям первого года жизни

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Написание рефератов:

**Темы рефератов**

1.Современные представления о введении блюд прикорма детям первого года жизни

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме «Питание здоровых детей первого года жизни: организация введения прикорма»**

**Выберите правильные ответы**

**1. Введение прикорма ребенку 1-го года жизни необходимо в связи с:**

1) замедлением прибавки массы во 2-ом полугодии

2) увеличением жирового компонента питания

3) увеличением потребности ребенка в пищевых ингредиентах и энергии

4) увеличением потребности в макро- и микроэлементах, витаминах

5) введением клетчатки

**2. В качестве первого прикорма в педиатрической практике чаще всего применяют:**

1) мясное пюре 2) кашу 3) овощное пюре 4) творог

5) кашу - если ребенок имеет сниженную массу тела и учащенный стул, овощное пюре – если ребенок склонен к паратрофии и запорам

**Выберите правильный ответ**

**3. Фруктовые соки вводятся в рацион питания ребенка первого года жизни рекомендуется вводить:**

1) не ранее 4 мес. 2) не ранее 6 мес. 3) около 12 мес.

**4. Мясное пюре детям первого года, находящимся на естественном вскармливании вводят в возрасте:**

1) 6 мес. 2) 7 мес. 3) 9 мес. 4) 11 мес.

**5. Овсяная, пшеничная, манная и каши из смеси круп вводятся в рацион ребенка в возрасте:**

1) 5 мес. 2) 7 мес. 3) 9 мес.

**6. Рыба в рацион питания ребенка вводится в возрасте:**

1) 7 мес. 2) 9 мес. 3) 11 мес.

**7.** **Рекомендуемый срок введения творога в рацион ребёнка не ранее (мес.)**

1) 6

2) 7

3) 8

4) 9

**8. Глютен содержится в каше**

1) овсяной

2) рисовой

3) гречневой

4) кукурузной

**Выберите правильные ответы**

**9. Критериями достаточного и полноценного питания на 1-ом году жизни являются:**

1) хорошая прибавка в массе

2) низкий тургор тканей

3) хорошее психомоторное развитие ребенка

4) преобладание положительного эмоционального комплекса у ребенка

5) короткие промежутки между кормлениями по требованию ребенка

6) наличие железодефицитной анемии

**10. Критериями достаточного и полноценного питания на 1-ом году жизни являются:**

1) хорошая прибавка в массе

2) низкий тургор тканей

3) хорошее психомоторное развитие ребенка

4) преобладание положительного эмоционального комплекса у ребенка

5) короткие промежутки между кормлениями по требованию ребенка

6) наличие железодефицитной анемии

**11. Правила введения прикорма:**

1) давать после кормления грудью 2) давать из бутылочки с соской

3) начинать с малых количеств 4) постепенно увеличивать объем нового блюда

5) постепенно увеличивать густоту блюда

6) не давать одномоментно два новых продукта

**Выберите правильный ответ**

**12. В качестве 3 прикорма детям первого года жизни вводят:**

1) мясное пюре 2) молочную кашу 3) желток

4) творог 5) сливки 6) кефир

**13. Желток детям первого года, находящимся на естественном вскармливании вводят в возрасте:**

1) 5 мес. 2) 7 мес. 3) 9 мес. 4) 11 мес.

**14. Прикорм на основе злаков следует начинать с:**

1) безглютеновых круп 2) глютенсодержащих круп

**15. Мясные паровые котлеты ребенок может получать с:**

1) 7 мес. 2) 9 мес. 3) 11 мес.

**Ситуационные задачи для контроля знаний**

1.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 5 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела ребенка, указать его потребность в пищевых веществах и энергии.

2.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 8 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела ребенка,потребность в пищевых веществах и энергии.

3.Составить рацион питания ребенку (девочка) 10 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

4. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 3 дней, находящемуся на грудном вскармливании. Масса при рождении 2900 г, длина тела 50 см. Сроки прикладывания ребенка к груди после рождения? Когда противопоказано прикладывать ребенка к груди?

5.Составить рацион питания ребенку (девочка) 12 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и рост ребенка, потребность в пищевых веществах и энергии.

6.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующую массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

7.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 8 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

8.Составить рацион питания ребенку (девочка) 4 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

9.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 3 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

10.Составить рацион питания ребенку (девочка) 9 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

11.Составить рацион питания ребенку (девочка) 4 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

12.Составить рацион питания ребенку (мальчик) 11 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

13.Ребенок (девочка) находится на естественном вскармливании. В настоящее время ему 6 месяцев. Рассчитать долженствующие массу и длину тела в этом возрасте, суточный объем пищи. Составить рацион питания.

14.Составить рацион питания ребенку (девочка) 4 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Рассчитать суточный объем питания всеми способами

# **Практическое занятие № 4**

**Тема**: « **Питание здоровых детей старше 1 года»**

**Форма контроля**

Устный опрос

Выполнение письменного задания

**Вопросы для самоподготовки**

1. Особенности развития детей раннего (от 1 года до 3 лет), дошкольного (3-7 лет) и школьного возраста.

2. Особенности пищеварительной системы у детей раннего и дошкольного возраста.

3. Основные принципы и методы организации рационального питания.

4. Набор продуктов и примерные нормативы их суточного потребления для детей раннего и дошкольного возраста.

5. Режим питания и распределение суточной калорийности рациона для детей раннего и дошкольного возраста.

6.Характеристика рациона питания детей раннего и дошкольного возраста

7. Правила и способы кулинарной обработки продуктов для питания детей раннего и дошкольного возраста.

8. Формирование пищевого поведения в зависимости от возрастного периода

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой

Письменное задание

# **Практическое занятие № 5**

**Тема**: «**Оценка нутритивного статуса»**

**Форма контроля**

Устный опрос

Выполнение письменного задания

**Вопросы для самоподготовки**

1. Нутритивный статус и его значение в оценке здоровья детей.  
   2.Методы исследования нутритивного статуса у детей  
   3.Алгоритм оценки нутритивного статуса. Клиническая оценка нутритивного статуса. Оценка фактического рациона питания. Оценка лабораторных и инструментальных показателей. Методы оценки состава тела

**Самостоятельная работа студентов при подготовке к занятию**

* Работа с учебной литературой

Письменное задание

* Оформить в рабочей тетради оценку нутритивного статуса

# **Практическое занятие №6**

**Тема: Анатомо-физиологические особенности периода новорожденности. Понятие о зрелости новорожденного.** **Первичный туалет и патронаж новорожденного.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки:**

Период новорожденности (неонатальный), его характеристика.

Особенности осмотра новорожденного в родзале и в отделении новорожденных.

Признаки доношенности новорожденного ребенка.

Оценка общего состояния по шкале Апгар.

Организация ухода за новорожденным ребенком. Значение асептики и антисептики в организации ухода. Первичный туалет новорожденного.

Особенности внешнего вида здорового новорожденного ребенка.

* + - 1. АФО системы дыхания у новорожденных
      2. АФО кровообращения у новорожденных.
      3. АФО нервной системы. Физиологические рефлексы периода новорожденности.
      4. Состав белой крови у детей в различные возрастные периоды.
      5. Особенности билирубинового обмена у новорожденных
      6. АФО ротовой полости, пищевода, желудка, печени и желчного пузыря, тонкого и толстого кишечника у новорожденных.
      7. АФО мочевой системы у новорожденных.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой
* Подготовка рефератов/докладов:
* **Темы докладов:**
* Шкала Апгар.
* Признаки доношенности новорожденного ребенка.
* Первичный туалет новорожденного.
* Особенности билирубинового обмена у новорожденных
* Первичный патронаж новорожденного

***Оформление дневника курации НОВОРОЖДЕННОГО НА 1 СУТКИ***

**Осмотр новорожденного в отделении новорожденных**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата осмотра: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_г Время \_\_\_\_:\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_\_\_ сутки жизни.

|  |  |
| --- | --- |
| t тела \_\_\_\_\_ С0  ЧД \_\_\_\_ в мин.  ЧСС \_\_\_ в мин  Вес \_\_\_\_\_\_\_\_г. | **Жалобы матери:** нет / есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Состояние:** удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Крик** громкий/отсутствует/слабый/средней силы/раздраженный/пронзительный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Большой родничок**\_\_\_\_\_ х \_\_\_\_\_см \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Сосание**: да / нет. **Глотание**: да / нет. **Судороги** нет /есть. **Апноэ** нет / есть |
|  | **Рефлексы**: вызываются/не вызываются/ослаблены/усилены/живые\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  хватательный + / - сосательный + / - ; Бабкина + / - ; опоры + / - ; автоматической ходьбы + / - |
|  | **Мышечный тонус** в норме / повышен / снижен / отсутствует. Парез / паралич нет / есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Кожа** розовая / бледная / серая / цианотичная / акроцианоз / гиперемированная / субиктеричная / иктеричная / сыпь есть / нет / токсическая эритема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подкожно-жировая** клетчатка развита достаточно / избыточно / слабо.  **Периферические отёки:** нет / есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Глаза** чистые / отек век / гнойное отделяемое /серозное отделяемое.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **видимые слизистые** розовые / бледные / ярко розовые / чистые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Дыхательная система:** Грудная клетка: Цилиндрическая/бочкообразная/вздута  Участие вспомогательной мускулатуры нет / есть (умеренное / выраженное). Западение уступчивых мест грудной клетки нет / есть (умеренное / выраженное).  **Стон**нет/есть (слабый/умеренный/выраженный). **Одышка:** нет **/**есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Аускультативно** дыхание проводится / не проводится / пуэрильное / жёсткое / ослабленное справа/слева\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Хрипы** нет / есть: влажные /сухие /проводные / крепитирующие, единичные / в большом количестве, справа / слева.  **Система органов кровообращения: Тоны** сердца ясные / приглушены / глухие / не выслушиваются. **Ритм:** ритмичный / аритмичный \_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Шум**нет / есть, систолический/диастолический/систоло-диастолический/не интенсивный / Локализация \_\_\_ межреберье справа / слева, pun. max.  **Кормление**: грудь матери: да /нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Срыгивания: нет / да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Докорм: нет / да / назначен Сцеженное грудное молоко \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адап. молочная смесь « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Живот** мягкий / напряжён, вздут/ не вздут, пальпации доступен / недоступен, болезненный / безболезненный. **Печень, Селезенка:** не увеличена / увеличена**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Тазобедренные суставы: Разведение свободное/ограничено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Анус:** ДА/НЕТ. **Стул** есть/ нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Мочеиспускание**: да/нет. **Половые органы** жен. / муж. / не определенный пол.  **Остаток пуповины** на скобе / сухой / отслаивается. Пупочная ранка сухая / влажная / чистая / подкравливает (скудно / умеренно / обильно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Дополнительные данные:**

Туберкулез и вен. Заболевания нет / да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пренатально выявлены пороки нет / да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Назначения:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Практическое занятие №7**

**Тема: Физиологические (переходные) состояния периода новорожденности. Скрининговые программы новорожденного.**

Форма контроля – собеседование

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Адаптация детей к условиям внеутробной жизни.
2. Пограничные состояния новорожденного ребенка.
3. Основные потребности новорожденного и способы их удовлетворения. Возможные проблемы и пути их решения.
4. Понятие о первичном патронаже к новорожденному. Сроки и цели патронажа к новорожденному.

**Самостоятельная работа студентов** при подготовке к занятию

* Работа с учебной литературой
* Работа с тестовыми заданиями для контроля качества подготовки к занятию
* Подготовка рефератов/докладов:

**Темы докладов:**

* Скрининговые программы диагностики в периоде новорожденности.
* Первичный патронаж к новорожденному.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания для входного контроля знаний студентов**

**по теме «Физиологические (переходные) состояния периода новорожденности. Скрининговые программы новорожденного»**

**Выберите правильный ответ:**

**1.Согласно рекомендациям ВОЗ за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности  … (нед.):**

1. 20
2. 22
3. 26
4. 28

**2.Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с:**

1. Периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
2. Периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7 сутками (168 часов) после рождения
3. Периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов
4. 20 недель беременности и заканчивающийся 14 ю сутками после рождения

**3.Доношенным считается новорожденный, родившийся со сроком гестации (нед.):**

1. 28- 37
2. 37- 40
3. 37- 41
4. Более 42

**4.Недоношенным считается ребенок, родившийся на сроке гестации…. Недель:**

1. 22 -37
2. 28- 37
3. 36- 40
4. 37 -42

**5.При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются:**

1. Бифидум бактерии
2. Ацидофильные палочки
3. Кишечные палочки
4. Энтерококки

**6.К транзиторным особенностям функций почек новорожденных не относится:**

1. Протеинурия
2. Лейкоцитурия
3. Олигурия
4. Мочекислая нефропатия

**7.Для оценки зрелости новорожденного не используют шкалу:**

1. Петруссо
2. Дубовица
3. Болларада
4. Довнеса

**8.Шкала Петруссо характеризует зрелость:**

1. Неврологическую
2. Морфологическую
3. Биологическую
4. Функциональную

**9.Степень недоношенности определяется по:**

1. Шкале Петруссо
2. Сроку гестации
3. Массе тела
4. Длине тела

**10.Транзиторные особенности метаболизма новорожденного не включают:**

1. Катаболическую направленность белкового обмена
2. Анаболическую направленность белкового обмена
3. Метаболический ацидоз
4. Респираторный алкалоз
5. Гликонеогенез

**11. Какой скрининг не проводится новорожденным в родильном доме:**

1. Скрининг на наследственные ферментопатии
2. Скрининг на врожденные пороки сердца
3. Аудиологический скрининг
4. Скрининг на гипогликемический профиль

**Выберите все правильные ответы:**

**12. Какие наследственные ферментопатии входят в скрининг новорожденного в родильном доме:**

1. Фенилкетонурия
2. Болезнь Дауна
3. Галактоземия
4. Гипотиреоз
5. Муковисцидоз

**Эталоны ответов к тестовым заданиям для входного контроля знаний**

**по теме «Физиологические (переходные) состояния периода новорожденности. Скрининговые программы новорожденного»**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | 2 |
| **2.** | 2 |
| **3.** | 3 |
| **4.** | 1 |
| **5.** | 1 |
| **6.** | 2 |
| **7.** | 4 |
| **8.** | 2 |
| **9.** | 2 |
| **10.** | 2 |
| **11.** | 4 |
| **12.** | 1,3 |
|  |  |

ЗАПОЛНИТЬ КАРТУ

**ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ**

Ф.И.О.матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата родов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Часы наблюдения | | | | |
| Сразу после  Рождения | Через 30 минут  после рождения | Через 60 минут  после рождения | Через 90 минут  после рождения | Через 120 минут  после рождения |
| T тела С0 |  |  |  |  |  |
| Контакт кожа к коже |  |  |  |  |  |
| Первое прикладывание к груди |  |  |  |  |  |
| Подпись акушерки |  |  |  |  |  |

**ПУЛЬСОКСИМЕТРИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ УРОВЕНЬ ЛАКТАТА В ПУПОВИННОЙ КРОВИ(по показан.)**

**Дата, время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ммоль/л

**SрО2** правая рука \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SрО2** правая нога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Врач акушер-гинеколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-неонатолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ**

Ф.И.О. матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Палата № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ температура тела \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1-3ч** | **3-6ч** | **6-9ч** | **9-12ч** | **12-24ч** | **2**  **сутки** | **3**  **сутки** | **4**  **сутки** | **5**  **сутки** | **6**  **сутки** | **7**  **сутки** |
| Совместное пребывание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Раздельное пребывание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Температура тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Частота дыхания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Кожные покровы:** | | | | | | | | | | | |
| Эластичные |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Чистые, розовые  Сухие |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Опрелости |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Токсическая эритема |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Пупочный остаток:** | | | | | | | | | | | |
| Чистый |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гиперемирован |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Мокнутие |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Глаза:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Чистые |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Слезотечение |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гиперемия, отек |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отделяемое из глаз |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Обучение технике расположения и прикладывания к груди |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Обучение уходу за новорожденным |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Обучение сцеживанию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Состояние молочных желез:** | | | | | | | | | | | |
| Норма |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Трещины сосков |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Нагрубание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Плоские |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Оценка кормления грудью:** | | | | | | | | | | | |
| Приложен правильно |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сосет активно |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Срыгивание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Характер стула** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Мочеиспускание** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Поведение ребенка после кормления:** | | | | | | | | | | | |
| Спокоен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Беспокоен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Подпись медицинской сестры** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ситуационные задачи для контроля знаний по теме:**

«**Физиологические (переходные) состояния периода новорожденности. Скрининговые программы новорожденного»**

**Задача №1**

Ребенок А., мальчик. 3 сутки жизни.

Родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Из медико-биологического анамнеза матери известно: возраст 22 года, здорова. Б-1, Р-1.Профессиональных вредностей не имеет, Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Отмечался токсикоз в первой половине беременности, на сроке 20 недель выявлена анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 16 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки. Первые два часа жизни проводился «контакт кожа к коже», п*риложен* к груди в первые минуты жизни, сосал активно.

На третьи сутки жизни: температура тела 37,40С. Масса тела 3500 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. На лице выявлены небольшие единичные высыпания, общее состояние удовлетворительное. Покраснения наблюдаются в области ягодиц, спины, на сгибах локтей, под коленками.

Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

**Вопросы:**

1. Выделите пограничные состояния

# **Практическое занятие №8**

**Тема: Итоговое занятие по модулю «Питание здоровых детей грудного и раннего возраста. Пропедевтика неонатального периода».**

**Перечень вопросов к итоговому занятию:**

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности костной системы новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности нервной системы новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы новорожденного.

Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности иммунной системы новорожденного.

Критерии зрелости новорожденного

Рефлексы новорожденного

Пограничные состояния новорожденного. Характеристика

Естественное вскармливание: биологические эффекты грудного молока.

Естественное вскармливание: биологические и химические свойства женского молока.

Преимущества естественного вскармливания для ребенка и матери.

Количественные и качественные различия женского молока (молозиво, зрелое молоко).

Состав молозива и зрелого женского молока.

Сроки, техника прикладывания ребенка к груди.

Противопоказания к раннему прикладыванию, к кормлению грудью.

Режимы вскармливания.

Искусственное вскармливание: правила организации, критерии оценки эффективности.

Искусственное вскармливание. Определение. Классификация АДМС. Характеристика стандартных молочных смесей.

Смешанное вскармливание: показания, правила организации.

Смешанное вскармливание. Техника проведения контрольного кормления. Техника и правила докармливания.

Смешанное вскармливание. Мероприятия, направленный на стимуляцию лактации.

Прикорм: виды, блюда, сроки и техника введения. Значение прикорма для гармоничного развития ребенка.

Прикормы: принципы введения прикормов

Блюда первого основного прикорма, сроки и правила его введения детям.

Блюда второго основного прикорма, сроки и правила его введения детям.

Блюда третьего основного прикорма, сроки и правила его введения детям.

Лактационный криз. Гипогалактия: формы, степени, профилактика и лечение.

Гипогалактия: формы и степени, причины развития, профилактика, лечение.

Классификация адаптированных молочных смесей, используемых для искусственного вскармливания. Правила выбора смеси.

Пути сохранения грудного вскармливания до 1 года – полутора лет. Качественные и количественные различия в составе женского и коровьего молока.

Особенности питания детей раннего возраста. Питание здоровых детей от 1 года до 3 лет: суточные калорийность и объем пищи, режим кормления, набор пищевых продуктов и способы их кулинарной обработки.

Питание здоровых детей дошкольного возраста: суточные калорийность и объем пищи, режим кормления, набор пищевых продуктов и способы их кулинарной обработки.

**Перечень задач к итоговому занятию:**

Составить схему суточного рациона питания: мальчику 3 дней, находящемуся на грудном вскармливании. Масса при рождении 2900 г, длина тела 50 см. Сроки прикладывания ребенка к груди после рождения? Противопоказания к кормлению ребенка грудным молоком?

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику на естественном вскармливании. В настоящее время ему 1 месяц, масса тела 3 900 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 4 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании, масса тела 6 300 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 3 месяцев с массой тела 5 600 гр, находящемуся на грудном вскармливании.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 5 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании, масса тела 6 800 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику на естественном вскармливании с массой тела 6 800 гр. В настоящее время ему 6 месяцев.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 7 месяцев, находящейся на грудном вскармливании, масса тела 7 800 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 8 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании, масса тела 8 600 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 9 месяцев с массой тела 8 500 гр, находящейся на грудном вскармливании.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 10 месяцев, находящейся на грудном вскармливании, масса тела 8 900 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 11 месяцев с массой 9 500 гр, находящемуся на грудном вскармливании.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 12 месяцев, находящейся на грудном вскармливании, масса тела 9 300 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 4 дня, масса тела при рождении 3 200 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке на искусственном вскармливании. В настоящее время ей 1 месяц, масса тела 3 900 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 3 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании, масса тела 5 200 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 7 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании, масса тела 8 000 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 9 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании, масса тела 8 400 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 10 месяцев, находящейся на искусственном вскармливании, 8 900 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 11 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании, масса тела 9 500 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 12 месяцев, масса тела 9 900 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику находится на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл. В настоящее время ему 2 месяца, масса тела 4 800 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику находится на смешанном вскармливании. Получает ½ молока от разового объема питания. В настоящее время ему 3 месяца, масса тела 5 700 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 4 месяцев, находящейся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 100,0 мл., масса тела 5 800 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 5 месяцев с массой тела 6 600 гр., находящейся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 г.

Составить схему суточного рациона питания указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 6 месяцев с массой тела 6 900, находящейся на смешанном вскармливании, получает ½ грудного молока от разового объема питания.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 7 месяцев, находящейся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл, масса тела 7 900 гр.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 8 месяцев с массой тела 8 100 гр, находящейся на смешанном вскармливании. У матери 1/3 молока от разового объема питания.

Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 9 месяцев с массой тела 8 400 гр, находящейся на смешанном вскармливании. У матери 1/3 молока от разового объема.

Образец билета итогового занятия

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра факультетской педиатрии**

**Специальность 31.05.02 Педиатрия**

**Дисциплина «Пропедевтика детских болезней»**

**Билет № 1**

1. Понятие новорожденности. Анатомо-физиологические особенности костной системы новорожденного.
2. Естественное вскармливание: биологические эффекты грудного молока.
3. Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику 11 месяцев с массой тела 9 500 гр, находящемуся на грудном вскармливании.

4. Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: девочке 7 месяцев с массой тела 7 700 гр, находящейся на искусственном вскармливании.

5. Составить схему суточного рациона питания, указать потребность в питательных веществах и энергии: мальчику на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл. В настоящее время ему 2 месяца, масса тела 4 800 гр.

Зав. кафедрой факультетской педиатрии,

д.м.н., профессор А.А. Вялкова

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

|  |  |
| --- | --- |
| Форма контроля | Критерии оценивания |
| устный опрос | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологией; 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 терминологией; 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. |
| собеседование | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, 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 темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| тестирование | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| 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. |
| защита реферата | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| проверка практических навыков | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если  студент обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если студент обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем, |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если студент не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки. |
| проверка историй болезни | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся даны правильные ответы на вопросы при защите истории болезни. Объяснение клинического мышления 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 вопросы при защите истории болезни. Объяснение хода клинического мышления 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 «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся даны неправильные ответы при защите истории болезни. Объяснение хода клинического мышления 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. |
| представление презентации; | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к защите презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема презентации, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится

по экзаменационным билетам, в устной форме, в письменной форме, в форме демонстрации практических навыков, в форме тестирования

Процедура проведения промежуточной аттестации и механизм формирования экзаменационного рейтинга регулируются следующими нормативными документами:

Положение П 076.02-2019 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;

Положение П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Дисциплинарный рейтинг (Рд) по дисциплине обучающегося рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного рейтинга (Рэ) по формуле:

Рд = Ртс + Рэ,

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ – экзаменационный рейтинг.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии). Студент может максимально набрать 70 баллов текущего рейтинга и 30 баллов экзаменационного рейтинга.

Экзаменационный рейтинг по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»

Экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 0 до 30.

- при оценивании ответа на каждый теоретический вопрос экзаменационного билета применяются критерии оценивания:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** | | |
| **Соответствует требованиям**  **(баллы)** | **Соответствует частично**  **(баллы)** | **Не соответствует**  **(баллы)** |
| 1 | Дает полный, безошибочный ответ на поставленный вопрос | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Раскрывает причинно-следственные связи между явлениями и событиями | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Материал излагает систематизировано и последовательно | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Материал излагает логически верно | 2 | 1 | 0 |

- при оценивании выполнения практикоориентированного задания применяются критерии оценивания:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** | | |
| **Присутствует полностью (баллы)** | **Присутствует частично (баллы)** | **Отсутствует (баллы)** |
| 1 | Дает правильный ответ решения задачи | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Грамотно применяет методы решения | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Безошибочно поясняет ход решения | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Выводы носят аргументированный и доказательный характер | 2 | 1 | 0 |

- экзаменационный рейтинг определяется суммированием баллов, полученных обучающимся за ответы на два теоретических вопроса, и баллов, полученных при выполнении практикоориентированного задания, выбранного обучающимся экзаменационного билета (максимально - 30 баллов).

**Дисциплинарный рейтинг** по дисциплине обучающегося рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга и экзаменационного рейтинга.

При наличии **бонусных баллов** у обучающегося дисциплинарный рейтинг увеличивается на величину этих баллов (максимально – 5 баллов).

По результатам прохождения обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине осуществляется **перевод полученного дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему:**

Перевод дисциплинарного рейтинга в пятибалльную оценку по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | Оценка по дисциплине (модулю) | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Пропедевтика детских болезней»

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с Положением П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рз) по формуле:

Рд = Ртс + Рз

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

При наличии бонусных баллов у обучающегося дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) увеличивается на величину этих баллов.

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле:

Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф),

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1до 3х контрольных точек (входной контроль, устный ответ, выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Количество баллов складывается как среднеарифметическое всех контрольных точек – входной контроль, методика клинического обследования, выполнение практического задания (самостоятельная работа студента). Устный ответ не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

4.2 Правила начисления бонусных баллов.

Формирование бонусных баллов по дисциплине определено п.8 и п.9 Положения П004.03-2020.

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- имеются единичные пропуски лекций при условии посещения всех практических занятий – 1 балл;

- наличие пропусков практических занятий – 0 баллов.

Бонусные баллы за участие в олимпиаде по дисциплине:

1 балл - участникам олимпиады

2 балла - студентам, занявшим 2 и 3 место в олимпиаде

3 балла - победителям олимпиады (1 место)

**Промежуточная аттестация (экзамен) по дисциплине**

**«Пропедевтика детских болезней»**

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Педиатрия как наука о здоровом и больном ребенке. Вклад С. Ф. Хотовицкого, Н.

Ф. Филатова, А. А. Киселя, В. И. Молчанова, М. С . Маслова, Г. Н. Сперанского в

ее развитие.

2. Признаки доношенного и недоношенного ребенка. Определение степени зрелости.

Шкала Апгар. Правила кормления, уход за новорожденным.

3. Периоды детского возраста и их характеристика. Внутриутробное развитие плода. Факторы, влияющие на развитие.

4. Общий осмотр здорового ребенка (взвешивание, измерение). Оценка физического развития (ФР), нервно-психического развития (НПР) детей разного возраста.

5. Общий вид здорового и больного ребенка: оценка тяжести состояния, положения, сознания ( критерии ). Понятие о токсикозе, его клинические признаки.

6. Критерии здоровья. Группы здоровья детей, их характеристика.

7. Особенности сбора анамнеза у детей и родителей, составление родословной, оценка анамнеза. Факторы риска, угрожающие здоровью ребенка ( факторы риска генетического, биологического, социального анамнеза ).

8. Определение термина ФР. Показатели ФР обязательные и дополнительные. Признаки, характеризующие биологическую зрелость детей в разном возрасте.

9. Динамика изменений массы, длины тела, окружности груди и окружности головы у детей первого года жизни и старше года.

10.Техника антропометрии детей разного возраста.

11. Индексы физического развития (индексы Чулицкой, Тура, Эрисмана, Кетле-1, Кетле -2, индекс стении), их клиническое значение.

12. Законы роста, периоды роста. Изменения телосложения в процессе роста.

13. Алгоритм оценки ФР. Способ оценки ФР по центильным таблицам.

14.Основные критерии гармоничного физического развития. Определение темпа ФР.

15. Семиотика изменений массы тела у детей (гипотрофия, паратрофия, ожирение).

16.Семиотика изменений длины тела у детей (нанизм, гигантизм, алиментарный субнанизм). Понятие гипостатуры и гипоплазии.

17. Формирование и дифференцировка структур ЦНС после рождения ребенка. Состав ликвора, диагностическое значение его изменения.

18.Развитие статики и моторики в связи с развитием ЦНС у детей. Показатели НПР детей первого года жизни, их динамика.

19.Показатели НПР детей 2- 3 года жизни, их динамика. Оценка НПР детей раннего возраста (группы НПР).

20.Показатели НПР детей старше 3 лет. Оценка НПР детей старше 3 лет.

21.Декретированные сроки оценки ФР и НПР детей разного возраста. Факторы, влияющие на ФР и НПР детей.

22.Особенности кожи, п/к жировой клетчатки у детей первого года жизни. Понятие о нормо- , гипо- и паратрофии, ожирении. Клиническая и весовая характеристика расстройств питания.

23.Методика исследования кожи, п/ж клетчатки у детей различного возраста ( цвет, влажность , эластичность, толщина подкожной клетчатки , тургор мягких тканей).

24.Семиотика сыпей у детей при аллергических, инфекционных и неинфекционных заболеваниях

25.Уход за детьми грудного и раннего возраста в связи с их анатомо-физиологическими особенностями кожи (одежда, подмывание и купание). Изменения кожи при дефектах ухода: потница, опрелости, инфицирование (везикулопустулез, пузырчатка, флегмона ).

26. Клиническая и весовая характеристики ( по дефициту веса ) степеней гипотрофии и ее наиболее частые причины. Семиотика поражения кожи и п/ж клетчатки (отечный синдром, склерема, склеродема)

27. Анатомо-физиологические особенности (АФО) костно-суставной системы у детей. Особенности фосфорно-кальциевого обмена и его регуляция.

28.Суточная потребность детей различного возраста в Са, Р и вит. Д. Семиотика нарушений костной системы при рахите.

29. Рост и формирование скелета. Сроки закрытия родничков и черепных швов. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов. Количество молочных

и постоянных зубов. Зубная формула.

30. Методика исследования костно-суставной системы. Семиотика важнейших нарушений костной ткани при рахите. Значение костных деформаций для дальнейшего развития детей. Определение костного возраста на основании рентгенологических данных.

31. АФО, методика исследования мышечной системы (осмотр, мышечный тонус, объем пассивных и активных движений, мышечная сила). Семиотика мышечной гипо- и гипертонии. Влияние физического воспитания на развитие мышечной системы.

32. Методы исследования костно-мышечной системы (лабораторные, инструментальные, рентгенологические).

33. АФО органов дыхания у детей раннего возраста (особенности носа, придаточных пазух носа, глотки, трахеи, бронхов, легких). Характер дыхательных шумов у детей различного возраста, семиотика их изменений.

34.АФО верхних и средних дыхательных путей и семиотика их поражения (ринит, ларингит, трахеит, понятие о стенозирующем ларинготрахеите или ложном крупе).

35.Анатомические особенности строения легких. Возрастные особенности частоты

дыхания. Признаки дыхательной недостаточности ( ДН).

36. Регуляция дыхания (частота дыхания, строение дыхательного центра, глубина дыхания). Механизм первого вдоха.

37.Функциональные особенности системы дыхания (глубина, частота, минутный объем дыхания, ЖЕЛ, максимальная вентиляция легких- МВЛ, резерв дыхания ) у детей. Методы исследования внешнего дыхания (спирографиия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия).

38.Методика исследования органов дыхания (анамнез, осмотр, пальпация грудной клетки, сравнительная перкуссия легких). Семиотика кашля.

39.Методика исследования органов дыхания (осмотр, пальпация, топографическая перкуссия, аускультация легких). Признаки одышки, виды. Понятие о ДН. Степени ДН.

40.Методика исследования внутригрудных лимфоузлов и семиотика их увеличения (с-м Кораньи, Филатова «чаши» Философова, Аркавина и др.).

41. Особенности методики исследования органов дыхания у детей раннего возраста (осмотр, пальпация, перкуссия). Возрастные изменения частоты дыхания.

42.Синдромы поражения органов дыхания у детей.

43.Методы исследования органов дыхания у детей (лабораторные, инструментальные, рентгенологические).

44.Особенности внутриутробного кровообращения и его изменения после рождения. Сроки закрытия эмбриональных путей кровообращения.

45.АФО сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей в возрастном аспекте. Особенности нервной регуляции. Семиотика пульса, АД.

46.Возрастные особенности функциональных показателей сердечно-сосудистой системы ( частота пульса, его характеристика, ударный и минутный объем, скорость кровотока, АД, соотношение частоты пульса и дыхания, количество циркулирующей крови ).

47.Методика исследования ССС у детей ( осмотр, пальпация, перкуссия ). Семиотика изменений верхушечного толчка. Семиотика изменений границ сердца.

48.Методика исследования пульса и АД у детей младшего и старшего возраста, их оценка.

49.Методика исследования ССС (осмотр, пальпация, аускультация ). Особенности звучности тонов в возрастном аспекте. Семиотика сердечных шумов. Отличия функциональных шумов от органических.

50.Возрастные особенности границ сердца, семиотика их основных изменений. Понятие об эндокардите, миокардите, перикардите.

51.Семиотика ВПС с обогащением малого круга кровообращения ( ДМЖП, ДМПП, открытый артериальный проток ).

52.Семиотика ВПС с обеднением большого круга кровообращения (изолированный аортальный стеноз, коарктация аорты).

53.Семиотика ВПС с обеднением малого круга кровообращения (стеноз легочной артерии, тетрада Фалло ).

54.Синдром сердечной недостаточности. Характеристика лево- и правожелудочковой недостаточности.

55.Функциональные пробы ССС (пробы Штанге, Мартина, Шалкова, клиноортостатическая – КОП).

56.Особенности исследования ССС у детей раннего возраста. Клинические признаки синдрома сердечной недостаточности у детей раннего возраста.

57.Методика определения границ относительной и абсолютной сердечной тупости у детей и семиотика их изменений при врожденных и приобретенных пороках сердца.

58. Возрастные особенности ЭКГ у детей.

59.Особенности кроветворения и крови во внутриутробном периоде и в периоде новорожденности.

60.Возрастные изменения состава периферической крови у детей: количество и тип гемоглобина, эритроциты, ретикулоциты, осмотическая резистентность эритроцитов, тромбоциты, лейкоциты, формула белой крови, СОЭ, свертываемость крови, длительность кровотечения, показатели гематокрита. Понятие о геморрагическом и анемическом синдромах.

61. Важнейшие биохимические показатели крови у детей (общий белок, белковые фракции, фибриноген, протромбин, мочевина, креатинин, холестерин, бета-липопротеиды, билирубин, трансаминазы, железо, глюкоза, кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, калий, натрий): содержание в сыворотке крови, клиническое значение.

62.Методика исследования органов кроветворения у детей: общий осмотр, пальпация л/узлов, селезенки, эндотелиальные пробы. Семиотика поражения органов кроветворения: геморрагический синдром.

63 .Методика исследования периферических и внутригрудных лимфатических узлов. Синдром увеличения лимфоузлов (лимфопролиферативный синдром).

64.Особенности иммунитета у детей. Гуморальные и клеточные звенья иммунитета. Понятие об иммунодефиците.

65.Синдромы поражения органов кроветворения: Синдромы анемии, лейкоцитоза, увеличения л/узлов.

66.Лабораторные и инструментальные методы исследования больного при патологии органов кроветворения.

67. Полость рта, возрастные морфологические особенности приспособления для сосания. Слюна и ее состав у детей различного возраста.

68. АФО печени у детей (размеры, развитие долей, особенности гистологического строения). Функции печени, состав желчи у детей. Семиотика нарушений билирубинового обмена.

69. Возрастные особенности микрофлоры тонкого и толстого кишечника, ее трансформация после рождения в зависимости от характера вскармливания. Понятие о биоценозе и дисбактериозе (нарушении кишечной микробиоты). Физиологическая роль бактериальной флоры кишечника.

70. Семиотика стула. Характеристика стула при естественном и искусственном вскармливании. Копрограмма, ее нарушения при поражении различных отделов желудочно-кишечного тракта.

71. Методика исследования системы пищеварения: особенности анамнеза, осмотр полости рта, зева, осмотр и пальпация живота.

72. Методика исследования живота (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Синдром увеличения живота в объеме, его причины. Дифференцирование асцита и метеоризма.

73. Методика исследования желудка (осмотр, пальпация, аускультация). Функциональные и инструментальные методы исследования желудка (УЗИ, эндоскопические, рентгенологические методы).

75. Методика исследования печени и желчного пузыря (осмотр, пальпация, перкуссия, размеры печени по Курлову). Семиотика поражения желчного пузыря.

76. Функциональные и инструментальные методы исследования печени и желчного пузыря. Синдром печеночной недостаточности.

77. АФО органов мочеобразования и мочевыделения у детей. Клубочковая фильтрация, канальцевая реабсорбция и секреция. Методы определения функции почек.

78. АФО почек у детей различного возраста. Процесс созревания клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции. Количество и состав мочи у детей различного возраста.

79. Методика исследования почек у детей (осмотр, методика выявления отеков, пальпация почек, с-м Пастернацкого). Клинические различия отеков почечного и сердечного происхождения. Семиотика микроскопических изменений мочевого осадка.

80.Методика исследования органов мочевой системы у детей. Синдромы острой и хронической почечной недостаточности.

81.Основные клинические синдромы поражения органов мочевой системы (почечные и внепочечные).

82. Методы исследования мочевой системы. Биохимические показатели нормальной функции почек.

83. Вилочковая железа и особенности иммунной системы у детей.

84.Эндокринные железы. Роль и значение функций отдельных желез для развития ребенка. Синдром нарушения роста.

85. Методика исследования эндокринной системы у детей.

86. Общее понятие об обмене веществ и энергии. Этапы обмена веществ. Особенности энергетического обмена у детей.

87.Особенности жирового обмена у детей.

88.Особенности водно-солевого обмена у детей.

89. Особенности белкового обмена у детей. Потребность ребенка в белках и аминокислотах. Содержание белка и его фракций в сыворотке крови. Семиотика нарушений белкового обмена.

90. Особенности иммунитета у детей. Гуморальные и клеточные звенья иммунитета. Понятие об иммунодефиците.

91.Значение витаминов для правильного развития ребенка ( вит А, В, С, Д ). Физиологическая потребность детей в витаминах. Синдром гипер- и гиповитаминозов.

**Питание здорового ребёнка (теоретические вопросы)**

1. Принципы рационального питания.
2. Определение естественного вскармливания. Биологические и биохимические свойства женского молока.
3. Преимущества естественного вскармливания для ребенка и матери. Сроки, техника прикладывания ребенка к груди. Вскармливание новорожденных первых 7 -10 дней жизни. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди.
4. Состав молозива и зрелого женского молока.
5. Качественные и количественные различия в составе женского и коровьего молока.
6. Затруднения и противопоказания к кормлению грудью со стороны матери и ребенка.
7. Способы расчета суточного количества пищи для ребенка первого года жизни. Потребность ребенка первого года в пищевых веществах и энергии.
8. Режим и диета беременной женщины и кормящей матери.
9. Десять принципов успешного кормления грудью (Декларация ВОЗ/ ЮНИСЕФ). Пути сохранения грудного вскармливания до 1 года – полутора лет.
10. Прикорм: понятие, сроки введения, блюда и техника введения. Значение прикорма для правильного развития детей.
11. Правила отнятия ребенка от груди.
12. Классификация и состав молочных смесей, используемых для искусственного вскармливания. Выбор смеси. Техника приготовления смеси.
13. Искусственное вскармливание: правила и техника проведения, критерии оценки его эффективности.
14. Смешанное вскармливание. Техника проведения контрольного кормления, показания к его проведению. Техника и правила докармливания.
15. Потребность детей первого года жизни в основных пищевых веществах и витаминах при различных способах вскармливания.
16. Гипогалактия: формы, степени, профилактика, лечение.
17. Составление рационов питания детям первого года жизни, находящимся на различных видах вскармливания.
18. Питание здоровых детей от1 года до 3 лет: суточные калорийность и объем пищи, режим питания, набор пищевых продуктов, способы приготовления блюд.
19. Организация рационального питания детей в возрасте от 3 до 7 лет.

**Практические задания для проверки сформированных умений**

1. Методика исследования органов и систем детей с учетом анатомо-физиологических особенностей
2. Общий осмотр здорового ребенка (взвешивание, измерение). Оценка физического развития (ФР), нервно-психического развития (НПР) детей разного возраста.
3. Общий вид здорового и больного ребенка: оценка тяжести состояния, положения, сознания ( критерии ). Понятие о токсикозе, его клинические признаки.
4. Особенности сбора анамнеза у детей и родителей, составление родословной, оценка анамнеза. Факторы риска, угрожающие здоровью ребенка ( факторы риска генетического, биологического, социального анамнеза ).
5. Динамика изменений массы, длины тела, окружности груди и окружности головы у детей первого года жизни и старше года.
6. Техника антропометрии детей разного возраста.
7. Алгоритм оценки ФР. Способ оценки ФР по центильным таблицам.
8. Основные критерии гармоничного физического развития. Определение темпа ФР.
9. Семиотика изменений массы тела у детей (гипотрофия, паратрофия, ожирение).
10. Особенности кожи, п/к жировой клетчатки у детей первого года жизни. Понятие о нормо- , гипо- и паратрофии, ожирении. Клиническая и весовая характеристика расстройств питания.
11. Методика исследования кожи, п/ж клетчатки у детей различного возраста ( цвет, влажность , эластичность, толщина подкожной клетчатки , тургор мягких тканей).
12. Семиотика сыпей у детей при аллергических, инфекционных и неинфекционных заболеваниях
13. Уход за детьми грудного и раннего возраста в связи с их анатомо-физиологическими особенностями кожи (одежда, подмывание и купание). Изменения кожи при дефектах ухода: потница, опрелости, инфицирование (везикулопустулез, пузырчатка, флегмона ).
14. Суточная потребность детей различного возраста в Са, Р и вит. Д. Семиотика нарушений костной системы при рахите.
15. Рост и формирование скелета. Сроки закрытия родничков и черепных швов. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов. Количество молочных и постоянных зубов. Зубная формула.
16. 126. Методика исследования костно-суставной системы. Семиотика важнейших нарушений костной ткани при рахите. Значение костных деформаций для дальнейшего развития детей. Определение костного возраста на основании рентгенологических данных.
17. АФО, методика исследования мышечной системы (осмотр, мышечный тонус, объем пассивных и активных движений, мышечная сила). Семиотика мышечной гипо- и гипертонии. Влияние физического воспитания на развитие мышечной системы.
18. Методы исследования костно-мышечной системы (лабораторные, инструментальные, рентгенологические).
19. Анатомические особенности строения легких. Возрастные особенности частоты дыхания. Признаки дыхательной недостаточности ( ДН).
20. Методика исследования органов дыхания (анамнез, осмотр, пальпация грудной клетки, сравнительная перкуссия легких). Семиотика кашля.
21. Методика исследования органов дыхания (осмотр, пальпация, топографическая перкуссия, аускультация легких). Признаки одышки, виды. Понятие о ДН. Степени ДН.
22. Методика исследования внутригрудных лимфоузлов и семиотика их увеличения (с-м Кораньи, Филатова «чаши» Философова, Аркавина и др.).
23. Особенности методики исследования органов дыхания у детей раннего возраста (осмотр, пальпация, перкуссия). Возрастные изменения частоты дыхания.
24. Синдромы поражения органов дыхания у детей.
25. Методы исследования органов дыхания у детей (лабораторные, инструментальные, рентгенологические).
26. Методика исследования ССС у детей (осмотр, пальпация, перкуссия ). Семиотика изменений верхушечного толчка. Семиотика изменений границ сердца.
27. Методика исследования пульса и АД у детей младшего и старшего возраста, их оценка.
28. Методика исследования ССС (осмотр, пальпация, аускультация ). Особенности звучности тонов в возрастном аспекте. Семиотика сердечных шумов. Отличия функциональных шумов от органических.
29. Возрастные особенности границ сердца, семиотика их основных изменений. Понятие об эндокардите, миокардите, перикардите.
30. Особенности исследования ССС у детей раннего возраста. Клинические признаки синдрома сердечной недостаточности у детей раннего возраста.
31. Методика определения границ относительной и абсолютной сердечной тупости у детей и семиотика их изменений при врожденных и приобретенных пороках сердца.
32. Методика исследования органов кроветворения у детей: общий осмотр, пальпация л/узлов, селезенки, эндотелиальные пробы. Семиотика поражения органов кроветворения: геморрагический синдром.
33. Методика исследования периферических и внутригрудных лимфатических узлов. Синдром увеличения лимфоузлов (лимфопролиферативный синдром).
34. Методика исследования системы пищеварения: особенности анамнеза, осмотр полости рта, зева, осмотр и пальпация живота.
35. Методика исследования живота (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Синдром увеличения живота в объеме, его причины. Дифференцирование асцита и метеоризма.
36. Методика исследования желудка (осмотр, пальпация, аускультация). Функциональные и инструментальные методы исследования желудка (УЗИ, эндоскопические, рентгенологические методы).
37. Методика исследования печени и желчного пузыря (осмотр, пальпация, перкуссия, размеры печени по Курлову). Семиотика поражения желчного пузыря.
38. Методика исследования почек у детей (осмотр, методика выявления отеков, пальпация почек, с-м Пастернацкого). Клинические различия отеков почечного и сердечного происхождения. Семиотика микроскопических изменений мочевого осадка

.

1. Методика исследования органов мочевой системы у детей. Синдромы острой и хронической почечной недостаточности.
2. Основные клинические синдромы поражения органов мочевой системы (почечные и внепочечные).
3. Методы исследования мочевой системы. Биохимические показатели нормальной функции почек.
4. Методика исследования эндокринной системы у детей.

**Питание здорового ребёнка (практические задания)**

Составление рационов питания детям первого года жизни, находящимся на различных видах вскармливания:

А) естественное (грудное) вскармливание

1. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 5 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела ребенка, указать его потребность в пищевых веществах и энергии.
2. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 8 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела ребенка,потребность в пищевых веществах и энергии.
3. Составить рацион питания ребенку (девочка) 10 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
4. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 3 дней, находящемуся на грудном вскармливании. Масса при рождении 2900 г, длина тела 50 см. Сроки прикладывания ребенка к груди после рождения? Когда противопоказано прикладывать ребенка к груди?
5. Составить рацион питания ребенку (девочка) 12 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и рост ребенка, потребность в пищевых веществах и энергии.
6. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующую массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
7. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 8 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
8. Составить рацион питания ребенку (девочка) 4 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
9. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 3 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
10. Составить рацион питания ребенку (девочка) 9 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
11. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 11 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
12. Ребенок (девочка) находится на естественном вскармливании. В настоящее время ему 6 месяцев. Рассчитать долженствующие массу и длину тела в этом возрасте, суточный объем пищи. Составить рацион питания.

Б) Искусственное, смешанное вскармливание

1. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 11 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу тела и рост, потребность в пищевых веществах и энергии
2. Составить рацион питания ребенку (девочка) 7 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл. Указать долженствующую массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
3. Составить рацион питания ребенку (девочка) 3 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать потребность в пищевых веществах и энергии. Рассчитать суточный объем питания (всеми способами).
4. Составить рацион питания ребенку (девочка) 6 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. У матери ½ молока от разового объема питания. Указать долженствующие массу и длину тела ребенка, потребность в пищевых веществах и энергии.
5. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
6. Составить рацион питания ребенку (девочка) 4 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 100,0. Указать потребность в пищевых веществах и энергии.
7. Составить рацион питания ребенку (девочка) 9 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
8. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 мл. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
9. Составить рацион питания ребенку (девочка) 3 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать потребность в пищевых веществах и энергии. Рассчитать суточный объем питания всеми способами
10. Составить рацион питания ребенку (девочка) 8 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. У матери 1/3 молока от разового объема питания. Указать долженствующие массу и рост ребенка, потребность в пищевых веществах и энергии.
11. Составить рацион питания ребенку (девочка) 11 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии
12. Составить рацион питания ребенку (девочка) 5 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 70 – 80 г. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
13. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 10 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
14. Составить рацион питания ребенку (девочка) 5 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 80-90 г. долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
15. Составить рацион питания ребенку (девочка) 9 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Рассчитать долженствующие массу и рост ребенка, суточный объем питания
16. Составить рацион питания ребенку (девочка) 6 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 60 - 70 г. Указать потребность в пищевых веществах и энергии.
17. Составить рацион питания ребенку (девочка) 7 месяцев, находящемуся на искусственном вскармливании. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
18. Составить рацион питания ребенку(мальчик) 9 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. У матери 1/3 молока от разового объема. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.
19. Ребенок (девочка) находится на искусственном вскармливании. В настоящее время ему 1 месяц. Рассчитать, какую массу и длину тела должен иметь ребенок в этом возрасте, суточный объем пищи. Составить рацион питания. Указать потребность в пищевых веществах и энергии.
20. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 4 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление 100,0. Указать долженствующие массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

Образец экзаменационного билета

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра факультетской педиатрии**

**Специальность 31.05.02 «Педиатрия»**

**Дисциплина «Пропедевтика детских болезней»**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы: полость рта, возрастные морфологические особенности приспособления для сосания. Слюна и ее состав у детей различного возраста.

2. Смешанное вскармливание, показания, техника и правила докармливания. Составить рацион питания ребенку (мальчик) 7 месяцев, находящемуся на смешанном вскармливании. Контрольное кормление: 70-80 мл. Указать долженствующую массу и длину тела, потребность в пищевых веществах и энергии.

**II. ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОЕ ЗАДАНИЕ**

1. Методика клинического обследования ребенка. Клиническая задача (вариант №1)

Зав .кафедрой, д.м.н, профессор, ЗВ РФ А.А.Вялкова

Декан педиатрического факультета

д.м.н.,профессор Е.А.Кремлева

« » 20 г.

Пример клинической задачи

*Примечание: студент готовится к ответу 15 минут.*

Мальчик 4-х месяцев с мамой на приеме в поликлинике, плановый осмотр ребенка.

***Жалобы матери на*** то, что в течение последних 2-х месяцев ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, мало спит.

***Анамнез жизни****:* Ребенок от 4-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды вторые, в срок, со стимуляцией. Родился с массой 3600 г, длиной – 53 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем смесь «NAN 1 Optipro». Профилактика рахита проводилась водным раствором витамина D3 c месяца в течение 1,5 месяцев нерегулярно, по 1 капле (500 МЕ). На улице был недостаточно.

***Объективный статус****:* Масса тела 6800 г, длина – 62 см. Кожа и видимые слизистые чистые. Имеется умеренное увеличение лобных и теменных бугров, уплощение и облысение затылка. Большой родничок 3×3см, размягчение краёв большого родничка, краниотабес. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются рёберные «чётки». Мышечная гипотония, ребенок стал держать голову к 2-м месяцам. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 135 уд/мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – парастернальная линия, верхняя – II ребро, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Живот большой, распластанный, безболезненный. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, 6-8 раз в сутки. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

***Данные лабораторных и инструментальных исследований:***

***Общий анализ крови***

Нв 115 г/л, Эритроциты 4,5х1012/л, ЦП 0,85, Лейкоциты 10,4х109/л,

п/я 2%, с/я 39%, л 53%, м 5%, э 1%, СОЭ 10 мм/ч

***Биохимический анализ крови***

Общ. белок 62 г/л

Щелочная фосфатаза – 1073 Е/л

Са 2,25 ммоль/л

Р 1,43 ммоль/л

***Общий анализ мочи***

Цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН 5,5, плотность 1012, белок – отр., глюкоза - отр., лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты – 0 в п/зр, эпителий пл. 1-2 в п/зр, фосфаты +

***Денситометрия лучевых костей:*** Остеопения.

***Задание:*** Выделите основные синдромы, выполните обоснование системы поражения.

**Тестовые задания для допуска к промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в электронной форме накануне экзамена.**

# ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СТАНОВЛЕНИЮ ЛАКТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ прикладывание к груди в течение первого часа после рождения

эмоциональная поддержка грудного вскармливания отцом ребенка

качество оказания медицинской помощи матери, плоду, новорожденному

соматическая и гинекологическая патология матери

# ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

+ степени морфофункционального развития

соматометрическим показателям новорожденного

сроку гестации и массе тела новорожденного

сроку гестации и длине тела новорожденного

# АДАПТИВНЫМИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МАЛЬЧИКОВ ВЫСТУПАЮТ

+ длина тела 52 ±2 см, масса тела 3560 ±420 г

длина тела 55 ±1 см, масса тела 3860 ±120 г

длина тела 60 ±2 см, масса тела 3960 ±150 г

длина тела 47 ±2 см, масса тела 2860 ±220 г

# АДАПТИВНЫМИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК ВЫСТУПАЮТ

+ длина тела 51 ±2 см, масса тела 3390 ±395 г

длина тела 49 ±1 см, масса тела 2760 ±225 г

длина тела 56 ±2 см, масса тела 4560 ±335 г

длина тела 58 ±3 см, масса тела 4050 ±125 г

# РАЗВИТИЕ РЕЧИ НАЧИНАЕТСЯ У РЕБЕНКА С

+ коммуникативной улыбки

появления длительного гуления

первых слогов «ма», «па», «ба», лепета

понимания речи взрослого

# РАЗВИТИЕ РЕЧИ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ 1 ГОД 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ РЕБЕНОК

+ понимает много слов, но говорит мало, использует облегченные слова

знает 10-12 слов, понимает запрет, использует облегченные слова

понимает сказки, задает вопросы «что?», «где?», «когда?»

начинает говорить предложениями, запоминает стихи

# ОБЪЕМ ПИТАНИЯ НА СУТКИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ С 10 ДНЕЙ ДО 2 МЕСЯЦЕВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ИЗ РАСЧЕТА \_\_\_\_\_\_\_\_ ДОЛЖЕНСТВУЮЩЕЙ МАССЫ ТЕЛА

+ 1/5

1/6

1/7

1/8

# В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ ИНГРЕДИЕНТАМИ ПИЩИ – Б : Ж : У

+ 1 : 1 : 4

1 : 1 : 3

1 : 2 : 4

1 : 2 : 5

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

+ динамометрии и спирометрии

психометрии и социометрии

антропометрии и индексу Эрисмана

соматометрии и индексу массы тела

# ЦЕЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОСТОИТ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

+ хронических заболеваний

острых заболеваний

несчастных случаев

гибели детей

# ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ молоко матери

адаптированная молочная смесь

пастеризованное козье молоко

пастеризованное коровье молоко

# СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С (МЕС.)

+ 4-6

6-8

5-8

8-10

# СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

+ 600

250

400

500

# К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ

+ страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с редкими обострениями

с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие анатомических дефектов и функциональных отклонений

без хронических заболеваний, но имеющие некоторые функциональные нарушения

страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с частыми обострениями

# ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ

+ овощи и фрукты, цельно зерновые продукты

мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты

молоко и кисломолочные продукты

хлеб и хлебобулочные изделия

# ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДОКУМЕНТОМ В ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ конвенция о правах ребенка

семейный кодекс

закон об основных гарантиях прав ребенка

закон об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних

# К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

+ естественное вскармливание

соблюдение беременной женщиной рациональной диеты

введение прикорма с 3 месяцев

введение прикорма после 6 месяцев

# ЭМБРИОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ ДО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

+ 10

14

22

28

# РАННИЕ ФЕТОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ С \_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

+ 11-12

8-10

14-16

18-20

# КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)

+ 3-12

14-20

22-26

28-32

# ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРОЗНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

+ острого стенозирующего ларинготрахеита

острого тонзиллита

острого бронхита

приступа бронхиальной астмы

# ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ У ПАЦИЕНТА С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ фиксированное инородное тело гортани

инородное тело главного бронха

баллотирующее инородное тело трахеи

инородное тело сегментарного бронха

# В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮШЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

+ экспираторная одышка

цианоз кожных покровов и слизистых

осиплость голоса

отсутствие хрипов в лѐгких при аускультации

# У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ. СТ.)

+ 100/65

70/40

125/45

140/80

# КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА (ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА) В ВОЗРАСТЕ 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 100-120

1000

до 50

500

# ПРИВИВКИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПЛАНОВЫМ, ПРОВОДЯТ

+ в соответствии с календарем прививок

контактным в очагах

при угрозе брюшнотифозной инфекции

при угрозе распространения холеры

# ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ корка

узелок

бугорок

пустула

# РЕФЛЕКС ФИКСАЦИИ ПРЕДМЕТОВ ВОЗНИКАЕТ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ(МЕС.)

+ 2

4

6

12

# ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (НПР) (РА - РЕЧЕВАЯ АКТИВНОСТЬ) ДЕТЕЙ В 1 ГОД - 1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ

+ использование облегченных слов («би-би», «ав-ав»)

знание 10 слов, легкое подражание новым слогам

использование двухсловных предложений

построение словосочетаний из двух слов

# ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (НПР) (ДО - ДВИЖЕНИЯ ОБЩИЕ) ДЕТЕЙ В 1 ГОД - 1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ

+ длительное хождение, изменение положения (приседает, наклоняется)

умение ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте от пола 15-20 см

перешагивание через препятствия чередующимся шагом

перешагивание через препятствия высотой 10-15 см или длиной 35 см чередующимся шагом

# ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ СНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 18,5-19,4

19,5-22,9

17-18,4

15-16,9

# ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 17-18,4

18,5-19,4

19,5-22,9

15-16,9

# ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 15-16,9

18,5-19,4

19,5-22,9

17-18,4

# ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 3 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ менее 15

18,5-19,4

17-18,4

15-16,9

# ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ

+ посевы мочи

общий анализ крови

биохимический анализ крови

посевы крови

# СИМПТОМОМ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ западение большого родничка

полиурия

шелушение кожных покровов

влажный кашель

# ДЛЯ КРУПА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

+ инспираторной одышки

кашля с репризами

пневмоторакса

экспираторной одышки

# ДЛЯ МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

+ Кернига

Падалки

Грефе

Филатова-Коплика

# ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «МЕНИНГИТ» РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ исследование ликвора

общий анализ мочи

общий анализ крови

бактериологическое исследование слизи из носоглотки

# НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ гепатоспеномегалия

кратковременная лихорадка

рвота и диарейный синдром

сыпь и головная боль

# ПРИ КОРИ СЫПЬ БЫВАЕТ

+ пятнистой-папулезной склонной к слиянию

милиарной

петехиальной

мелкоточечной

# В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЯЗЫК

+ «малиновый»

обложенный бело-желтым налѐтом

«поджаренный»

«лаковый»

# ПРИ СКАРЛАТИНЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В РОТОГЛОТКЕ

+ яркой отграниченной гиперемии

пятен Бельского-Филатова-Коплика

симптома Мурсона

симптома Падалки

# СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ТИПИЧНОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОКЛЮШЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

+ патологического приступообразного кашля

постоянного кашля с мокротой

брадипноэ

патологического дыхания

# ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

+ цитолитический синдром

некроз гепатоцитов

развитие почечной недостаточности

появление признаков инфекционно-токсического шока

# ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КОПРОГРАММЕ УКАЗЫВАЕТ НА

+ воспалительный процесс в толстом кишечнике

этиологию острой кишечной инфекции

тяжесть поражения кишечника

дисбактериоз

# БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЗОНЕ ШОФФАРА-РИВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ панкреатита

аппендицита

эзофагита

холецистита

# РВОТА «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» ОБУСЛОВЛЕНА

+ образованием солянокислого гематина в желудке

забросом желчи в желудок

застоем желудочного содержимого

наличием соляной кислоты в желудке

# ПРИ КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У РЕБЕНКА ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

+ колоноскопии

гастродуоденоскопии

радиоизотопного исследования

ирригографии

# НЕВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ МЕТОДОМ ПАЛЬПАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА

+ меккелев дивертикул

инфильтрат брюшной полости

опухоль брюшной полости

инвагинат

# ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ наличие кист в паренхиме обеих почек

увеличение почек в размерах

диффузное повышение эхогенности паренхимы

деформация чашечно-лоханочного комплекса

# В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

+ дисфункция роста

дисфункция созревания

внутриутробная инфекция

неправильное внутриутробное развитие

# ПРИ ЦИСТОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

+ пузырно-мочеточникового рефлюкса

незаращѐнного урахуса

пузырно-кишечного свища

дивертикула мочевого пузыря

# ЭКСКРЕТОРНУЮ УРОГРАФИЮ СЧИТАЮТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ

+ гидронефрозе

пузырно-мочеточниковый рефлюксе

недержании мочи

нейрогенном мочевом пузыре

# БОЛЬНЫМ С АНУРИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

+ экскреторной урографии

обзорной рентгенографии органов брюшной полости

цистоуретрографии

ретроградной пиелографии

# ДИАГНОЗ «ВТОРИЧНО СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА» ИЛИ «ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ ПОЧКА» ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ

+ радиоизотопное исследование в динамике

экскреторная урография

компьютерная томорграфия

почечная ангиография

# МЕТОД МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

+ пороков уретры и ПМР

нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря

гидронефроза

удвоения верхних мочевых путей

# НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ разрыва почки

гидронефроза

нефроптоза

удвоения почки

# ПРИ ОКРАШИВАНИИ КРОВЬЮ ТОЛЬКО НАЧАЛЬНОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДИАГНОСТИРУЮТ ГЕМАТУРИЮ

+ инициальную

тотальную

терминальную

порционную

# ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ КРОВИ В КОНЦЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ ГЕМАТУРИЮ

+ терминальную

тотальную

инициальную

порционную

# ПРИ РАВНОМЕРНОМ ОКРАШИВАНИИ ВСЕХ ПОРЦИЙ МОЧИ КРОВЬЮ ДИАГНОСТИРУЮТ ГЕМАТУРИЮ

+ тотальную

терминальную

инициальную

порционную

# РАСШИРЕНИЕ БРОНХОВ ПРИ ВДОХЕ ОБУСЛОВЛЕНО ВЛИЯНИЕМ НЕРВОВ

+ симпатических

возвратных

парасимпатических

межреберных

# ИЗ ДОЛЕВЫХ БРОНХОВ НАИБОЛЕЕ КРУПНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ нижнедолевой справа

верхнедолевой слева

верхнедолевой справа

среднедолевой справа

# ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

+ пищеводная рвота

дисфагия

регургитация

рецидивирующая пневмония

# ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ контрастное обследование пищевода

обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей

фиброэзофагогастроскопия

жесткая эзофагоскопия

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ пальцевое ректальное исследование

рентгеноконтрастный

ректороманоскопия

колоноскопия

# ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

+ микционной цистографии

цистоскопии

цистометрии

экскреторной урографии

# СИНДРОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ перемежающегося гидронефроза

пузырно-мочеточникового рефлюкса

гипоплазии почки

удвоения верхних мочевых путей

# ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ПРИ

+ баланопостите

фимозе

опухоли мочевого пузыря

камне уретры

# НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ цистоскопия

нисходящая цистография

обзорный рентгеновский снимок

пневмоцистография

# ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ИЗ ПУПКА ОБЫЧНО ВЫЗВАНО

+ полным свищом урахуса

экстрофией мочевого пузыря

клапаном задней уретры

дивертикулом мочевого пузыря

# РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЧЕТКО ОЧЕРЧЕННЫХ ТОНКОСТЕННЫХ ВОЗДУШНЫХ ПОЛОСТЕЙ НА ФОНЕ НЕИЗМЕНЕННОЙ ПАРЕНХИМЫ СООТВЕТСТВУЮТ

+ буллезной форме бактериальной деструкции легких

абсцессу легкого

пневмотораксу

пиопневмотораксу

# ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НАЧИНАЮТ С ОБЛАСТИ

+ левой подвздошной

правой подвздошной

эпигастральной

надлобковой

# ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРОВОДЯТ

+ против часовой стрелки

по часовой стрелке

радиально

сверху вниз

# ЯДРО ОКОСТЕНЕНИЯ ГОЛОВКИ БЕДРА В НОРМЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ 3-4 месяцев

1 суток

1 года

3 лет

# ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА РОСТА РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 1-1,5

2

2,5

3

# ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ более 30

20-30

10-15

15-20

# СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ (СМ)

+ 130

120

140

135

# СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

+ 55-65

40-55

30-35

70-85

# ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 10-20

5-10

20-30

30-40

# СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 75

70

65

80

# ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ У ДЕТЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ТОЛЬКО НА

+ лице

туловище

животе

верхних конечностях

# ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ 1-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 3

2

1

4

# СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

+ 3000-3500

2500-3000

3500-4000

4000-4500

# РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К

+ 2 годам

8 месяцам

1 году

6 месяцам

# ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

+ хаотичностью

координированностью

целенаправленностью

ограничением объема

# МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

+ 3-5 годам

1 году

2-3 годам

6 месяцу

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ СГИБАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ИСЧЕЗАЕТ К (МЕС.)

+ 4

2

6

8

# В КАКОМ ВОЗРАСТЕ УГАСАЕТ РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ БАУЭРА

+ к 4 месяцам

к концу 1 года

к 6 месяцам

к концу 1 месяца

# ВЕРХНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К (МЕС.)

+ 4

6

2

8

# РЕФЛЕКС ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ СОХРАНЯЕТСЯ В НОРМЕ ДО (МЕС.)

+ 2

6

8

10

# СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ НАЧАЛА УДЕРЖИВАНИЯ ГОЛОВЫ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

+ 1,5

4

5

6

# ПРИМЕРНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ РОСТ 123 СМ И МАССУ ТЕЛА 24 КГ, СОСТАВЛЯЕТ (ГОД)

+ 7

6

5

8

# КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СЛОВ РЕБЕНОК ПРОИЗНОСИТ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА

+ 8-10

5-6

30-40

15-20

# НИЖНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К (МЕС.)

+ 5

10

2

8

# СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

+ 1 : 1 : 4

1 : 2 : 3

1 : 3 : 4

2 : 3 : 4

# АДЕКВАТНОСТЬ ПОТООТДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ К ВОЗРАСТУ

+ 7-8 лет

10-14 дней

7-8 недель

3-4 месяцев

# ФОРМУЛА ДЛЯ РАСЧЁТА КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА

+ n – 4

n + 4

4n – 20

20 – 2n

# У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

+ преобладает тонус мышц-сгибателей

снижен тонус мышц-сгибателей

преобладает тонус мышц-разгибателей

снижен тонус мышц-разгибателей

# ПРОРЕЗЫВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К (ГОД)

+ 2-2,5

3-3,5

1

4

# ВОЗРАСТ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

+ 12-18

1-2

6-12

18-24

# МАЛЫЙ РОДНИЧОК ЗАКРЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ К

+ 4-8 неделям

2 неделям

12 месяцам

3 месяцам

# РЕЦЕПТОРНЫЙ АППАРАТ МЫШЦ РЕБЕНКА СФОРМИРОВАН К

+ моменту рождения

7-9 месяцам

6-7 годам

15 годам

# ЗАПАДЕНИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ эксикозе

микроцефалии

крике

гидроцефалии

# ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ВНАЧАЛЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ

+ первые моляры

верхние боковые резцы

клыки

верхние средние резцы

# УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

+ 2,5-2,8

1,2-2,0

2,8-3,2

2,0-2,2

# ПРАВОЕ ЛЁГКОЕ СОСТОИТ ИЗ \_\_\_ СЕГМЕНТОВ

+ 10

9

11

3

# КАКОЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА

+ пуэрильное

везикулярное

жесткое

бронхиальное

# ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

+ узостью голосовой щели

склонностью к бронхоспазму

узостью просвета бронхов

узостью носовых ходов

# ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ усиленным везикулярным

бронхиальным

ослабленным бронхиальным

ослабленным жестким

# У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ПРЕОБЛАДАЕТ ТИП ДЫХАНИЯ

+ грудной

брюшной

грудо-брюшной

диафрагмальный

# ПОД ТЕРМИНОМ «ТАХИПНОЭ» ПОНИМАЮТ

+ учащение дыхания

углубление дыхания

урежение дыхания

поверхностное дыхание

# У РЕБЕНКА ДЕСЯТИ ЛЕТ ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

+ 19-20

30-35

25-30

16-18

# ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЁГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ

+ эластической ткани

хрящей

мышечной ткани

ацинусов

# КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

+ выраженной эмфиземе

пневмонии

скоплении жидкости в плевральной полости

сухом плеврите

# ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

+ недоразвитием кавернозной части подслизистой ткани

сухостью слизистой оболочки

отсутствием нижнего носового хода

слабой васкуляризацией

# ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У ГОДОВАЛОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ

+ 30-35

40-60

25

20

# ГОРТАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТ ФОРМУ

+ воронкообразную

удлиненную

бочкообразную

сосуда

# ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ

+ 40-60

60-80

20-40

20-30

# У РЕБЁНКА 12 ЛЕТ ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

+ 80

100

90

60

# КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА

+ боталлов проток

аранцев проток

пупочная вена

воротная вена

# ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА

+ Шалкова

Мак-Клюра

молоточковая

щипковая

# У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ на 2 см латеральнее от левой средне-ключичной линии

по левой средне-ключичной линии

по левому краю грудины

на 2 см медиальнее от левой средне-ключичной линии

# У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

+ II ребра

II межреберья

III ребра

III межреберья

# СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ гипертрофии левого желудочка

асците

перитоните

метеоризме

# БОТАЛЛОВ ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ

+ лѐгочную артерию с аортой

пупочную вену с нижней полой веной

пупочную артерию с аортой

лѐгочную артерию с пупочной вeной

# У РЕБЀНКА ПЯТИ ЛЕТ ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

+ 100

120

80

78

# У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ по правой парастернальной линии

на 2 см кнаружи от правой парастернальной линии

по правой средне ключичной линии

на 2 см кнаружи от правой средне ключичной линии

# У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

+ 140-160

100-120

80-100

60-80

# ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ

+ 90+2n

60+n

80+(n-2)

100+2n

# ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ МЕЖДУ

+ левой и правой рукой

правой и левой ногами

левой рукой и правой ногой

левой рукой и левой ногой

# ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 4 ГРУДНОЕ ОТВЕДЕНИЕ (V4) РЕГИСТРИРУЕТСЯ В

+ 5 межреберье по срединно-ключичной линии

4 межреберье слева у грудины

4 межреберье справа у грудины

5 межреберье по передней аксилярной линии

# ОСОБЕННОСТЬЮ ЭКГ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ зубец Т в стандартных отведениях мал, двухфазен, отрицателен

высокий зубец R в I отведении

глубокий зубец S в III отведении

высокий зубец Т в стандартных отведениях

# НА ЭКГ КОМПЛЕКС QRS ОТРАЖАЕТ

+ возбуждение желудочков

переход возбуждения с предсердий на желудочки

возбуждение межжелудочковой перегородки

возбуждение предсердий

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ

+ Мак-Клюра

Зимницкого

Аддиса-Каковского

Нечипоренко

# КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ

+ мочекислого инфаркта почек

пиелонефрита

гломерулонефрита

цистита

# СРЕДНЯЯ ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА ПЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 150

300

400

100

# БОЛЕЕ НИЗКОЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ ДО

+ 7 лет

1 года

3 лет

6 месяцев

# КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

+ клубочковую фильтрацию

реабсорбцию

секрецию

диурез

# СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ

+ кардиального отдела желудка

дна желудка

пилорического отдела желудка

тела желудка

# КРАЙ ПЕЧЕНИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕН НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ У РЕБЕНКА ДО (ГОД)

+ 5-7

1-3

3-5

8-10

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 7-10

20-30

35-50

3-6

# ИЗМЕНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

+ инспираторной одышки

экспираторной одышки

смешанной одышки

дыхания Чейн-Стокса

# ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ (МЛ/СУТКИ)

+ 1000

800

1200

1400

# ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 12-14

5-8

8-10

10-12

# АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ галактоземия

фенилкетонурия

целиакия

первичная лактазная недостаточность

# ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЛАКТАЦИИ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

+ увеличить частоту прикладывания ребѐнка к груди

уменьшить частоту прикладывания ребѐнка к груди

уменьшить физические нагрузки матери

увеличить физические нагрузки матери

# ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ I СТЕПЕНИ МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

+ увеличить число кормлений грудью

назначить докорм

ввести прикорм

отказаться от ночных кормлений

# ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ (Г/КГ/СУТКИ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 2,2

2,0

2,9

2,6

# СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ (Г/100 МЛ)

+ 1,2

2,0

2,8

3,5

# СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_МАССЫ ТЕЛА

+ 1/7

1/4

1/5

1/6

# ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТКИ) ДЛЯ РЕБЁНКА 7-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

+ 2,9

2,2

3,5

2,6

# СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 5

4

6

7

# ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО (%)

+ 25

10

40

50

# СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ ДВУХ НЕДЕЛЬ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ\_\_\_\_\_\_МАССЫ ТЕЛА

+ 1/5

1/4

1/6

1/7

# ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4-6 МЕС. В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 2,6

2,0

2,9

3,2

# ДЕФИЦИТ МОЛОКА В % ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 50

25

40

75

# АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

+ введение белков молочной сыворотки

увеличение содержания белка

снижение содержания лактозы

введение аминокислоты серин

# ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ СМЕСИ

+ на основе полного гидролиза белка

адаптированные молочные

безлактозные

кисломолочные

# ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_РАЗ/РАЗА В СУТКИ

+ 5

8

7

3

# ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА ДВУХ МЕСЯЦЕВ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ\_\_\_\_\_\_\_РАЗ В СУТКИ

+ 6

8

5

7

# СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ

+ 2 : 1

1 : 2

1 : 1

3 : 2

# ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

+ овощное пюре

мясное пюре

творог

яблочное пюре

# ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

+ овсяной

рисовой

гречневой

кукурузной

# РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С (МЕС.)

+ 8-9

10-11

5-6

12

# РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЁНКА НЕ РАНЕЕ (МЕС.)

+ 6

7

8

9

# ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАЧИНАЕТСЯ С (ЛЕТ)

+ 3

4

5

6

# ПРИБОР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОЖНОЙ СКЛАДКИ НАЗЫВАЮТ

+ калиперометром

динамометром

толстотным циркулем

пикфлоуметром

# ПОД ТЕРМИНОМ «ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ» ПОНИМАЮТ

+ замедление физического развития детей на популяционном уровне

неравномерность физического развития детей на популяционном уровне

замедление нервно-психического развития детей на популяционном уровне

ускорение физического развития детей на популяционном уровне

# В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН УМЕТЬ

+ свободно захватывать рукой низко висящие над грудью игрушки

стучать игрушкой по столу или кроватке

перекладывать игрушку из руки в руку

захватывать игрушки или другие предметы пальцами

# ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПО ОТНОШЕНИЮ К ОКРУЖНОСТИ ГРУДИ (СМ)

+ больше на 1-2

больше на 3-5

меньше на 3-5

меньше на 1-2

# ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ КИСТЕЙ РУК ИСПОЛЬЗУЮТ

+ динамометр

тонометр

сфигмоманометр

пикфлоуметр

# КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ В РОССИИ ПРИНЯТО ОЦЕНИВАТЬ ПО

+ оссификации костей кистей обеих рук

годовой прибавке длины тела

числу постоянных зубов

оссификации костей левой кисти

# ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ МА2АХ1Р1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

+ околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке

железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке

околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке

тело железы принимает округлую форму, соски приподнимаются над околососковым кружком; имеются длинные, густые, вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине; имеются редкие, длинные волосы на центральном участке лобка

# ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕДИАТРОМ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ ФАКТОРОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ

+ «мать-плод»

«мать-отец»

«семья-ребенок»

«беременность-семья»

# В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ САМУЮ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ АКТИВНОСТЬ

+ речи

двигательная

общения с другими детьми

познавательная

# С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ КАЛЬЦИУРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ определение суточной экскреции кальция с мочой

проба Швахмана

анализ мочи по Нечипоренко

проба Макклюра – Олдрича

# С ЦЕЛЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

+ Нечипоренко

Сулковича

Швахмана

Зимницкого

# ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ снижением уровня сывороточного железа

низким уровнем гемоглобина

низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа

снижением железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛАРИНГИТА ОТНОСЯТ

+ «лающий кашель», сиплый голос и инспираторную одышку

сухой, звонкий кашель и экспираторную одышку

насморк, влажный кашель

приступообразный кашель, сопровождающийся рвотой

# «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

+ инфильтративные изменения в лѐгких на рентгенограмме

разнокалиберные влажные хрипы при аускультации

воспалительные изменения в общем анализе крови

повышение температуры, влажный кашель, интоксикация

# С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ проба Макклюра – Олдрича

проба Сулковича

проба Зимницкого

анализ Аддиса – Каковского

# КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА АНЕМИИ МИНКОВСКОГО – ШОФФАРА СОСТОИТ ИЗ

+ анемии, желтухи, спленомегалии

анемии, кровоточивости, гепатоспленомегалии

анемии, лимфоаденопатии, оссалгии

анемии, кровоточивости, лимфоаденопатии

# ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (МЕС.)

+ 12-24

3-6

9-11

24-36

# К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

+ появление геморрагической сыпи

уплощение или падение весовой кривой

беспокойство

редкое мочеиспускание

# В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

+ 8-9 месяцев

6 месяцев

1,5 лет

1 года жизни

# НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

+ разрешаются всегда

запрещаются

разрешаются лишь после консультации невролога

разрешаются, если нет срыгиваний

# К КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОСЯТ

+ наличие или отсутствие функциональных нарушений

факторы риска биологического анамнеза

факторы риска генеалогического анамнеза

факторы риска социального анамнеза

# НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

+ патологии ЦНС

аллергических заболеваний

врождѐнных пороков развития органов

анемии

# ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА

+ №112

№039

№036

№030

# ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ бактериологический анализ ликвора

бактериологический анализ кала

общий анализ мочи

копрограмма

# КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ сухость кожных покровов

полиурия

бледность кожных покровов

выбухание краев большого родничка

# СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

+ выраженность дыхательной недостаточности

наличие экспираторной одышки

наличие в лѐгких сухих хрипов

шумное дыхание

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» У РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

+ рентгенограмма грудной клетки

бронхоскопия

биохимический анализ крови

общий анализ крови

# ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ВИДЕ СЕРДЕЧНОГО ГОРБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ врожденных пороков сердца

миокардиодистрофии

миокардитов

вегето-сосудистой дистонии

# ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

+ падением артериального давления

влажными хрипами в лѐгких

сухими хрипами в лѐгких

влажным кашлем

# НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кома

сомнолентность

оглушение

сопор

# ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

+ перегрузки правых отделов сердца

перегрузки левых отделов сердца

нарушений сердечного ритма

ишемии миокарда

# СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ тахипноэ при физической нагрузке

тахикардией в покое

цианозом в покое

увеличением печени

# КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

+ ЭКГ, ретгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови

ЭКГ, рентгенография, КТ

ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови

ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

# ПРИМЕРОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ АВ-блокада III степени

тахиаритмия с ЧСС больше 120 в 1 минуту

брадикардия с ЧСС менее 70 в 1 минуту

любая АВ-блокада

# ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ снижение сократимости сердца

неадекватное распределение внутрисосудистого объема

недостаточный объем крови

препятствие кровотоку

# К СИМПТОМАМ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИМ КЛИНИКЕ ОТЁКА ЛЁГКИХ ОТНОСЯТ

+ тоны сердца усилены, пульс ритмичный

бледность, цианоз кожи, холодный пот

кашель с отделением пенистой мокроты

влажные разнокалиберные хрипы в лѐгких

# ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО

+ укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

коробочный характер перкуторного звука над экссудатом

усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом

укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону

# ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ бронхиальная обструкция

ларингит

фарингит

трахеит

# К ПРИЗНАКУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

+ повышение хлоридов в поте и моче

жесткое дыхание

гиперпродукцию вязкой прозрачной мокроты

рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

# ОБЪЁМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕК, ФОРСИРОВАННАЯ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ И МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

+ степень бронхиальной обструкции

степень выраженности инфекционного процесса

состояние иммунной системы организма

степень аллергизации организма

# С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

+ максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

жизненная емкость лѐгких

остаточный объем лѐгких

общая емкость выдоха

# ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ бронхиальная астма

эозинофильная пневмония

фиброзирующий альвеолит

экзогенный аллергический альвеолит

# ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ателектаз

пиоторакс

абсцесс

напряжѐнный пневмоторакс

# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ экспираторной одышкой

афонией

инспираторной одышкой

дизурией

# ГИПЕРТЕРМИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВЫШЕ (ГРАДУС ЦЕЛЬСИЯ)

+ 39,1

37,5

38,1

38,5

# К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИИ, ОТНОСЯТ

+ полиурию

озноб

потливость

тахикардию

# К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

+ судороги

рвоту

диарею

приступ кашля

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ развитие инфекционных заболеваний

нервный стресс

перегрев ребенка

прекращение грудного вскармливания

# АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ

+ в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном

через 6-8 часов после воздействия аллергена

через 48-72 часа после контакта с аллергеном

в течение первой недели после контакта с аллергеном

# АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ

+ через 48-72 часа после контакта с аллергеном

в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном

через 6-8 часов после воздействия аллергена

в течение первого месяца после воздействия аллергена

# ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ В ПИТАНИИ ОГРАНИЧИВАЮТ

+ редис

капусту

картофель

абрикосы

# ПРИ ОСТРОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕБЁНКУ ПРИ СОХРАНЕНИИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

+ промывание желудка

инфузионную терапию

катетеризацию периферической вены

искусственную вентиляцию лѐгких (ИВЛ)

# ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЁНКА С ГИПОТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

+ Тренделенбурга

лѐжа на животе

строго сидя

лѐжа на спине

# ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ НЕПРАВИЛЬНО

+ укладывать больного на правый бок

укладывать больного на спину, запрокинув назад голову

поднимать и выдвигать вперед подбородок

проводить искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»

# СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

+ отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания

акроцианозе и судорогах

снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст

снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст

# ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ИЛИ БЦЖ-М ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ

+ на 3-7 день жизни

в первые 24 часа жизни

на 8-10 день жизни

на 14 день жизни

# ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В

+ форме №112/у

журнале переписи детского населения

журнале учета бактериальных препаратов

форме №030/у

# ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДИТСЯ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

+ 1

2

3

4

# ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

+ 72

36

24

48

# ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В (ГОД)

+ 1

2

3

4

# ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В (ГОД)

+ 1

2

3

4

# РЕБЁНОК ПОВОРАЧИВАЕТ ГОЛОВУ В СТОРОНУ ЗВУКА С (МЕС.)

+ 2

1

3

4

# ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ (МЕ)

+ 400-500

100-200

700-800

900-1000

# К ФАКТОРАМ БИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ, ОТНОСЯТ

+ сниженную резистентность ребенка

физиологическую желтуху в периоде новорожденности

первоначальную потерю массы тела в роддоме 3-5%

срок гестации 39 недель

# ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ДЛИТСЯ (ГОД)

+ с 10 до 19

с 12 до 16

с 11 до 18

с 10 до 14

# ПУБЕРТАТНЫЙ СКАЧОК РОСТА НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ \_\_\_\_\_\_\_ ЛЕТ, У ДЕВОЧЕК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЛЕТ

+ 13-15, 11-13

11-13, 13-15

9-12, 10-13

10-13, 9-12

# К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ

+ активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы

ювенильное увеличение щитовидной железы

увеличение тимуса

уменьшение объема яичек у мальчиков

# ФОРМА №058/У ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

+ экстренное извещение об инфекционном заболевании

историю развития ребѐнка

медицинскую карту ребѐнка

журнал учѐта профилактических прививок

# К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТЯХ СКЕЛЕТА, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ (ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ), ОТНОСЯТ

+ симптом «щетки», «рыбьи позвонки», остеопороз

пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия

патологические переломы

отставание костного возраста на рентгенограмме кисти

# К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОТНОСИТСЯ

+ анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции

гиперхромная, гипорегенераторная анемия, умеренная тромбоцитопения, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции

гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа

нормохромная анемия, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, нормальные показатели билирубинового обмена

# В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

+ функциональный дефект или снижение содержания белка спектрина в мембране эритроцитов

генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина

нарушение внутриклеточной системы энзимов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву

образование гаптеновых комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита

# АГЕНЕЗИЕЙ ЛЁГКОГО НАЗЫВАЮТ

+ отсутствие всех элементов лѐгкого

недоразвитый главный бронх при отсутствии лѐгочной ткани

отсутствие мелких бронхов в доле или всем лѐгком

недоразвитие бронхиального дерева из-за дефектов эластической и мышечной ткани

# К ВИЗУАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЁГКОГО ОТНОСЯТ

+ сужение и уплощение грудной клетки на стороне поражения

утолщение грудной клетки на пораженной стороне

сглаженность межреберных промежутков на стороне поражения

западение межреберных промежутков и атрофию грудных мышц

# ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПРИМЕНЯЮТ

+ бронхоскопию

обзорную рентгенографию

бронхографию

компьютерную томографию

# КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ врожденный стридор

упорный навязчивый кашель

инспираторная одышка

экспираторная одышка

# У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЁГКОГО ОТМЕЧАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ

+ в пораженную сторону

в здоровую сторону

кпереди

кзади

# У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ЭРИТРОЦИТЫ - 2,3×1012/Л, ГЕМОГЛОБИН - 55 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - 0,88, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ

+ III степени, нормохромной

II степени, гипохромной

III степени, гипохромной

II степени, нормохромной

# К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ОТНОСЯТ

+ анемию, желтуху, спленомегалию

анемию, желтуху, тромбоцитопению

анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию

желтуху, спленомегалию, гипоплазию костного мозга

# ПРИОБРЕТЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

+ нормохромной, нормоцитарной, гиперрегенераторной

гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной

нормохромной, нормоцитарной, гипорегенераторной

гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной

# НА ВСАСЫВАНИЕ ВИТАМИНА В12 ВЛИЯЕТ

+ соляная кислота

липаза

амилаза

гастрин

# КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНОЙ АНЕМИИ

+ гемолитическую анемию

гипопластическую анемию

сидеробластную анемию

витаминодефицитную анемию

# КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ РЕБЕНКУ С Β-ТАЛАССЕМИЕЙ, ЧТОБЫ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЕМОСИДЕРОЗА

+ десфераловый тест

пробу на аутогемолиз

определение уровня метгемоглобина

электрофорез гемоглобина

# В ПАТОГЕНЕЗЕ СИДЕРОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ

+ пиридоксин

цианокобаламин

рибофлавин

тиамин

# В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ АНЕМИИ ФАНКОНИ ВЫЯВЛЯЮТ УГНЕТЕНИЕ

+ трѐх ростков одновременно

эритроидного ростка

миелоидного ростка

мекариоцитарного ростка

# ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОРМОЦИТАРНОЙ, НОРМОХРОМНОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ УРОВЕНЬ

+ ретикулоцитов

тромбоцитов

сывороточного железа

сывороточного ферритина

# ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ \_\_\_\_\_\_ АНЕМИЮ

+ нормохромную, гиперрегенераторную

гиперхромную, гиперрегенераторную

гипохромную, регенераторную

гиперхромную, регенераторную

# В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ

+ нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию

гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гипокоагуляцию

нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза

нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию

# ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЮТСЯ

+ мясо и молоко

овощи и фрукты

чечевица, фасоль, горох

крупяные каши

# КОНСИСТЕНЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В НОРМЕ

+ мягко-эластическая

мягкая

тестоватая

плотно-резиновая

# «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ биопсия лимфоузла

ультразвуковое исследование лимфоузла

рентгенография грудной клетки

компьютерная томография грудной клетки

# ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ХАРАКТЕРНО \_\_\_\_\_ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ

+ симметричное, умеренное, без изменения плотности

несимметричное, значительное, с уплотнением консистенции

симметричное, значительное, с выраженной болезненностью

несимметричное, с появлением «каменистой» плотности, безболезненное

# ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

+ плотные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями

умеренно плотные, чувствительные при пальпации, подвижные

плотные, болезненные, спаянные между собой и окружающими тканями

умеренно увеличенные, чувствительные при пальпации, с локальной гипертермией

# ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

+ генерализованная, с первых дней болезни до периода реконвалесценции

генерализованная, с конца первой недели, сохраняется в течение нескольких месяцев

локализованная (шейная, подчелюстная), с первых дней болезни и до конца 2 недели заболевания

локализованная (любая группа лимфоузлов), продолжается весь лихорадочный период

# ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ

+ лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз

нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево

лейкопению, лимфопению, моноцитоз

лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию

# КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

+ длительная лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, тонзиллит

лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, фебрильная лихорадка

генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический тонзиллит

локальная лимфаденопатия, выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит

# КАРДИАЛГИЯ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ

+ локализуется за грудиной, иррадиирует в левое плечо, надключичную область

локализуется в области верхушки, без иррадиации, различной продолжительности

любой локализации и иррадиации, острая, быстро нарастает

локализуется за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности

# ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ усиление в положении на спине, левом боку, при движении

уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении

усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед

уменьшение в положении с запрокинутой головой

# ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

+ в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения

над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический

над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический

на основании сердца, связан со II тоном, проводится на сосуды шеи и межлопаточную область, диастолический

# ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ небольшой объем выпота

значительный объем выпота

развитие фибринозного перикардита

частое развитие тампонады сердца

# ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

+ отсутствие смещения границ сердца

смещение левой границы сердца кнаружи

смещение правой границы сердца

повышение систолического артериального давления

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ И ДОСТУПНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И

+ эхокардиография

рентгенография органов грудной клетки

перикардиоцентез

магниторезонансная томография сердца

# ПРИ ГИДРОПЕРИКАРДЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ЗАПОЛНЕНА

+ транссудатом

лимфой

экссудатом

кровью

# ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ острый лейкоз

апластическая анемия

инфекционный мононуклеоз

тромбоцитопеническая пурпура

# КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)

+ 5

2

12

15

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

+ времени свертываемости

времени кровотечения

плазминогена

количества D-димеров

# ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА \_\_\_\_\_\_\_ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

+ синячково-гематомный

петехиально-пятнистый

васкулитно-пурпурный

гематомный

# ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ГЕМОФИЛИЯ», В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ \_\_\_ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

+ VIII или IХ

I или II

III или IV

V или VI

# НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ

+ миелограмма

гемограмма

иммунограмма

коагулограмма

# В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИММУНОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

+ раздражения мегакариоцитарного ростка

нормального числа мегакариоцитов

угнетения мегакариоцитарного ростка

близкого к нормальному числу мегакариоцитов

# ДИАГНОЗ «ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ» ОСНОВАН НА РЕЗУЛЬТАТАХ

+ биопсии лимфатического узла

анализа периферической крови

пункции костного мозга

ультразвукового исследования лимфатического узла

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОМИОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ эхокардиография

электрокардиография

рентгенография сердца в 3 проекциях

рентгенокимография

# К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

+ длительная стойкая тахикардия

глухость сердечных тонов

нерегулярный сердечный ритм

дующий систолический шум в сердце

# НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ \_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ

+ 10 и 90

95 и 99

10 и 50

90 и 95

# ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ИНТЕРВАЛ PQ

+ укорочен

не изменен

незначительно увеличен

изменяется во времени

# К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

+ порок развития сосудов почки

синдром вегетативной дистонии

пиелонефрит

наследственный нефрит

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ренальная ангиография

ультразвуковое исследование сосудов почек

измерение артериального давления на ногах

внутривенная урография

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ коарктации аорты

дефекте межпредсердной перегородки

дефекте межжелудочковой перегородки

стенозе легочной артерии

# ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЧСС

+ 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS

130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS

140 в минуту, уширенный комплекс QRS

150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий комплекс QRS

# К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ

+ увеличение полостей желудочков

гипертрофия левого желудочка

гипертрофия правого желудочка

гипертрофия межжелудочковой перегородки

# ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА- УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ С

+ 0,10

0,14

0,18

0,22

# ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

+ удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу

выпадение комплекса QRS

атриовентрикулярная диссоциация

# СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

+ папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях

пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище

полиморфная, появляется одномоментно на всем теле

в виде петехий, экхимозов на лице и туловище

# К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

+ рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые

локальные мелкопузырчатые влажные

рассеянные мелкопузырчатые

локальные сухие

# К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

+ рассеянные сухие свистящие

рассеянные мелкопузырчатые

локальные мелкопузырчатые

локальные сухие

# К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

+ рассеянные мелкопузырчатые

рассеянные сухие

локальные мелкопузырчатые

локальные сухие

# ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ ХРИПЫ

+ крупно- и среднепузырчатые влажные

рассеянные мелкопузырчатые влажные

локальные мелкопузырчатые

рассеянные сухие свистящие

# ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯХРИПЫ

+ локальные мелкопузырчатые или крепитирующие

локальные сухие свистящие

рассеянные мелкопузырчатые влажные

рассеянные сухие свистящие

# К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

+ притупление перкуторного звука

коробочный звук при перкуссии

рассеянные мелкопузырчатые хрипы

локальные разнокалиберные влажные хрипы

# ПРИ ПИОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ

+ выраженное притупление перкуторного звука

мелкопузырчатые влажные хрипы в лѐгких

бронхиальное дыхание при аускультации

коробочный звук при перкуссии

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПНЕВМОТОРАКСА ОТНОСЯТ

+ коробочный перкуторный звук

резкое притупление перкуторного звука

локальные мелкопузырчатые влажные хрипы

амфорическое дыхание

# К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

+ железосвязывающей способности сыворотки крови

уровня сывороточного железа

коэффициента насыщения трансферрина

уровня ферритина в крови

# КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ

+ трансферрин

ферритин

гемосидерин

миоглобин

# ПРИМЕРОМ НЕГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ферритин

гемоглобин

гемосидерин

миоглобин

# КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ (Г/Л)

+ 110

100

120

90

# ДЛЯ АНЕМИИ 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

+ 70

100

90

80

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

+ сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

сывороточного железа, ферритина и общего билирубина

сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина

железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина

# ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

+ гипохромия, микроцитоз

гиперхромия, макроцитоз

ретикулоцитоз, гиперхромия

макроцитоз, ретикулоцитопения

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

+ уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина

уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и коэффициент насыщения трансферрина

только уровень сывороточного железа

# ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТНОСИТСЯ К

+ гипохромной, микроцитарной, регенераторной

нормохромной, нормоцитарной, регенераторной

гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной

гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной

# КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ

+ снижение уровня гемоглобина и эритроцитов

снижение уровня гемоглобина и цветового показателя

снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов

снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов

# ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ХРИПЫ В ЛЁГКИХ

+ диффузные разнокалиберные

диффузные мелкопузырчатые

локальные крепитирующие

диффузные сухие, свистящие

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ателектаз

пневмоторакс

абсцесс

булла

# ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

+ коробочный

легочный

укороченный легочный

притупленный

# О РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

+ участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

появление коробочного перкуторного звука

наличие свистящих хрипов при аускультации

наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации

# ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХРИПЫ

+ диффузные сухие свистящие

диффузные мелкопузырчатые влажные

локальные мелкопузырчатые влажные

диффузные разнокалиберные влажные

# ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

+ лѐгочный

коробочный

укороченный лѐгочный

притупленный

# ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

+ экспираторной одышки

инспираторной одышки

навязчивого кашля

смешанной одышки

# ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ затруднение выдоха

затруднение вдоха

головная боль

общая слабость

# ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ БРОНХИОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ ДИФФУЗНЫЕ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХРИПЫ

+ мелкопузырчатые влажные

сухие свистящие

крупнопузырчатые влажные

разнокалиберные влажные

# УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

+ пневмонии

плеврите

пневмотораксе

эмфиземе

# ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЁГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПНЕВМОНИИ

+ интерстициальной

крупозной

очаговой

сегментарной

# К ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТ

+ синусовый узел

автоматические клетки в левой ножке пучка Гиса

автоматические клетки в волокнах Пуркинье

предсердные (эктопические) автоматические клетки

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

+ брадикардия, понижение артериального давления

тахикардия, повышение артериального давления

атонические запоры, редкое обильное мочеиспускание

бледность и сухость кожи, экзофтальм

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ШУМОМ В СЕРДЦЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВНАЗЫВАЮТ ШУМ

+ систолический, не связанный с I тоном, который меняется по характеру в зависимости от положения тела и дыхания

нарастающий пресистолический с эпицентром на верхушке сердца

мезодиастолический с эпицентром в V точке, усиливающийся во время пробы Вальсальвы

мезодиастолический с эпицентром в V точке, который ослабевает при сидении на корточках

# У СЕМИЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ШУМА ПОДТВЕРЖДАЕТ ТО, ЧТО ШУМ

+ уменьшается при физической нагрузке

выслушивается в середине систолы

усиливается в вертикальном положении

проводится на сосуды шеи

# ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

+ нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое

сниженное систолическое, нормальное диастолическое

сниженное систолическое, повышенное диастолическое

повышенное на руках, пониженное на ногах

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

+ увеличение размеров печени

влажные разнокалиберные хрипы в легких

тахикардию

сухой или влажный кашель с отделением слизистой мокроты

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ артериальную гипотензию

белый дермографизм

сухие кожные покровы

гипомоторный мочевой пузырь

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ редкие обильные мочеиспускания

мраморность кожных покровов

артериальную гипотензию

спастические запоры

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ

+ головную боль, головокружение, потемнение в глазах

выраженный озноб

сухость во рту

повышение артериального давления

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У РЕБЕНКА С МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

+ длительный, дующий, систолический шум, связанный с I тоном, с эпицентром на верхушке сердца, стойкий в динамике и при перемене положения тела

протодиастолический шум, вдоль левого края грудины, после глубокого выдоха и при наклоне больного вперед

нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца

мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, ослабевающий при сидении на корточках

# ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

+ артериальное давление на ногах ниже, чем на руках

повышение в моче альдостерона

нормальное содержание в моче 17-кетостероидов

снижение в моче уровня катехоламинов

# НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

+ эхокардиография

электрокардиограмма

рентгенография

векторкардиография

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ

+ брадикардию

сердцебиение

чувство страха

учащение стула

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ

+ сердцебиение

сонливость

понижение артериального давления

гипергидроз

# К КЛИНИЧЕСКИМ СИМТОМАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

+ влажные разнокалиберные хрипы в лѐгких

набухание яремных вен

брадикардию

расширение границ относительной сердечной тупости вправо

# К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

+ набухание яремных вен

тахикардию

расширение границ относительной сердечной тупости влево

увеличение размеров селезенки

# У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

+ непродолжительный характер шума

нарастание интенсивности после нагрузки

усиление шума в вертикальном положении

проведение его на сосуды шеи

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

+ уменьшается при физической нагрузке

выслушивается на протяжении систолы

усиливается в вертикальном положении

проводится на сосуды шеи

# АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО \_\_\_\_ ЖИЗНИ

+ года

часа

полугодия

месяца

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В

+ первые часы после рождения

первое полугодие жизни

конце первого года жизни

конце первого месяца жизни

# АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У БОЛЬШИНСТВА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ \_\_\_\_\_\_\_ ЖИЗНИ

+ к концу 2 месяца

в первые часы

к 10 дню

в конце первого полугодия

# ДЛЯ КАКОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА НОГАХ И МАКСИМАЛЬНАЯ ЗВУЧНОСТЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА СПИНЕ

+ коарктации аорты

дефекта межжелудочковой перегородки

транспозиции магистральных сосудов

открытого атриовентрикулярного канала

# К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СИНЕГО ТИПА ОТНОСИТСЯ

+ тетрада Фалло

дефект межжелудочковой перегородки

дефект межпредсердной перегородки

открытый атриовентрикулярный канал

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

+ расширение границ относительной сердечной тупости влево

шум трения плевры

увеличение селезенки

экстрасистолию

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

+ периферические отеки

левосторонний сердечный горб

брадикардию

шум трения плевры

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ в IV-V межреберье слева от грудины

на верхней трети грудины

на верхушке сердца

на лѐгочной артерии

# ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

+ коарктации аорты

дефекте межпредсердной перегородки

стенозе легочной артерии

стенозе аорты

# ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С РОЖДЕНИЯ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II-III МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ открытого артериального протока

митрального порока сердца

дефекта межжелудочковой перегородки

коарктации аорты

# ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ

+ реполяризации желудочков

деполяризации предсердий

реполяризации предсердий

деполяризации предсердий и желудочков

# ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ

+ от синусового узла до желудочков

по предсердиям

от синусового узла до атриовентрикулярного узла

от синусового узла до волокон Пуркинье

# ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

+ зубцы Р во II стандартном отведении положительны и предшествуют неизмененному желудочковому комплексу QRS

зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении после неизмененных желудочковых комплексов

закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует

зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении перед неизмененными желудочковыми комплексами

# В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРЕОБЛАДАЮТ ПОТЕНЦИАЛЫ

+ правого желудочка

левого желудочка

левого предсердия

правого предсердия

# ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО

+ гипертрофией левого предсердия

гипертрофией правого желудочка

гипертрофией левого желудочка

замедлением проведения по волокнам Пуркинье

# НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА

+ QRS

QRS-T

ST

T-P

# ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНА ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ

+ «башмачка»

«овоида»

«снежной бабы»

«капли»

# ДЛЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ

+ «овоида»

«башмачка»

«снежной бабы»

«капли»

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

+ акцент II тона над лѐгочной артерией

грубый систолический шум во II межреберье справа от грудины

грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины

акцент II тона в V точке

# НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН

+ дугой аорты, легочной артерией, левым предсердием, левым желудочком

дугой аорты, левым предсердием, легочной артерией, левым желудочком

дугой аорты, левым желудочком, левым предсердием, легочной артерией

левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком

# НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

+ восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка

верхней полой веной, левым и правым предсердием

восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком

левым предсердием и левым желудочком

# НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

+ верхней полой веной, левым и правым предсердием

восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка

восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком

левым предсердием и левым желудочком

# НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

+ восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком

восходящей частью аорты, лѐгочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка

верхней полой веной, левым и правым предсердиями

левым предсердием и левым желудочком

# НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

+ левым предсердием и левым желудочком

восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка

верхней полой веной, левым и правым предсердием

левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком

# ДЛЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО

+ артериальное давление на ногах ниже, чем на руках

артериальное давление на ногах выше, чем на руках

повышение в моче альдостерона

снижение в моче уровня катехоламинов

# ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ

+ высокие заостренные зубцы Т

уменьшение амплитуды зубца Т

депрессию сегмента ST

увеличение амплитуды зубца Т

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ тахикардию

гипергидроз

красный дермографизм

склонность к обморокам

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ чувство нехватки воздуха

тахикардию

белый дермографизм

склонность к гипертермии

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ головокружения и обмороки

атонические запоры

повышенный аппетит

тахикардию

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ белый дермографизм

плохую переносимость транспорта

мигренеподобные головные боли

спастические запоры

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ атонические запоры

красный дермографизм

артериальную гипотонию

гипергидроз ладоней, стоп

# К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

+ повышение артериального давления

спастические запоры

красный дермографизм

гипергидроз ладоней и стоп

# КАКОЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

+ транспозиция магистральных сосудов

открытый артериальный проток

дефект межпредсердной перегородки

дефект межжелудочковой перегородки

# ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ (%)

+ 60

70

80

90

# ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

+ «немое лѐгкое»

ослабленное дыхание

жесткое дыхание

везикулярное дыхание

# ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

+ пиковую скорость выдоха

жизненную ѐмкость лѐгких

объем форсированного выдоха

форсированную жизненную ѐмкость лѐгких

# ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

+ степень бронхиальной обструкции

степень аллергизации организма

степень выраженности инфекционного процесса

состояние иммунной системы организма

# ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

+ ателектаза

напряженного пневмоторакса

абсцесса лѐгкого

пиоторакса

# ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

+ приступы удушья

кашель с гнойной мокротой

кровохарканье

боль в грудной клетке

# ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

+ сухих свистящих хрипов

влажных мелкопузырчатых хрипов

шума трения плевры

крепитации

# К ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕМУ НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ, ОТНОСИТСЯ

+ объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) менее 80% от должных величин

снижение жизненной ѐмкости лѐгких

отрицательная проба с бета2-агонистом

объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) от 80 до 100% от должных величин

# К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, ОТНОСЯТ

+ элиминационно-провокационные пробы

копрологию

определение углеводов кала

определение рН кала

# ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ экспираторной одышкой

болью в грудной клетке

инспираторной одышкой

кашлем с мокротой

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

+ гистологический

рентгенологический

эндоскопический

ультразвуковой

# ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_ МЕТОД

+ эндоскопический

рентгенологический

лабораторный

ультразвуковой

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

+ суточное мониторирование pH в пищеводе

рентгенологическое исследование

ультразвуковое исследование

эндоскопическое исследование

# ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

+ определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови

копрологическое исследование

определение общего IgE

эндоскопическое исследование

# ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

+ амилазы

белка

холестерина

калия

# ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

+ билирубина

печеночно-клеточных ферментов

альбумина

церулоплазмина

# ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

+ печеночно-клеточных ферментов

холестерина

щелочной фосфатазы

протромбина

# ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

+ пилоростенозе

пилороспазме

кишечной инфекции

адреногенитальном синдроме

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ биохимический анализ крови

общий анализ крови

общий анализ мочи

копрограмма

# ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ амилаземия

гипопротеинемия

гипербилирубинемия

гиперурикемия

# ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ липаземия

гипопротеинемия

гипербилирубинемия

гиперурикемия

# ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ амилазурия

уробилиногенурия

протеинурия

кристаллурия

# ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ» НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ

+ ферментов поджелудочной железы в крови

белка в крови

белка в моче

глюкозы в крови

# ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

+ концентрационную функцию почек

фильтрационную функцию почек

количество эритроцитов в моче

количество лейкоцитов в моче

# НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

+ забросе желудочного содержимого в пищевод

повышенной кислотности желудочного содержимого

язвенной болезни желудка

диафрагмальной грыже

# ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ ретикулоцитоз

мегакариоцитоз

микросфероцитоз

анизопойкилоцитоз

# ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

+ исследование костного мозга

анализ периферической крови

биохимическое исследование крови

исследование антигенов гистосовместимости

# ПРИ ГЕМОФИЛИИ КРОВОТОЧИВОСТЬ БЫВАЕТ

+ гематомной

петехиально-пятнистой

васкулитно-пурпурной

ангиоматозной

# ПРИ ГЕМОФИЛИИ КРОВОТОЧИВОСТЬ БЫВАЕТ

+ гематомной

петехиально-пятнистой

васкулитно-пурпурной

ангиоматозной

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА

+ лимфобластный

миеломонобластный

мегакариоцитарный

промиелоцитарный

# СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ

+ Шенлейн-Геноха

Рендю-Ослера-Вебера

фон Виллебрандта

Вискотта-Олдрича

# УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

+ гемофилии

гемолитической анемии

геморрагического васкулита

тромбоцитопенической пурпуры

# ПРИ КАКОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ОБРАЗУЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ ФОСФАТОВ

+ 8,0

5,0

6,5

4,0

# НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л)

+ 40-60

80-100

100-150

150-200

# ЭКССУДАТ, СОСТОЯЩИЙ НА 80% ИЗ ЛИМФОЦИТОВ, 15% НЕЙТРОФИЛОВ И 5% ЭРИТРОЦИТОВ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ серозного плеврита

геморрагического плеврита

посттравматического плеврита

хилезного плеврита

# СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

+ спазмофилии

гипервитаминозе Д

гиперпаратиреозе

фосфат-диабете

# ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ

+ ателектаз лѐгкого

лобарная эмфизема

гидропневмоторакс

метапневмонический плеврит

# ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ

+ галактоземию

синдром Дауна

синдром Нунан

врожденную тирозинемию

# НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

+ муковисцидоза

врожденного порока сердца

атрезии пищевода

тиреотоксикоза

# АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

+ соединение аорты и лѐгочной артерии

дефект межжелудочковой перегородки

дефект в межпредсердной перегородке

полную форму атриовентрикулярной коммуникации

# ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

+ тетраде Фалло

дефекте межпредсердной перегородки

открытом артериальном протоке

дефекте межжелудочковой перегородки

# РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА, ГОЛОВА ЗАПРОКИНУТА, ТУЛОВИЩЕ ВЫГНУТОЕ, ЖИВОТ ВТЯНУТ, РУКИ ПРИЖАТЫ К ГРУДИ, НОГИ ПОДТЯНУТЫ К ЖИВОТУ. ТАКАЯ ПОЗА РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ менингеального синдрома

мышечной гипотонии

акушерского пареза

опистотонуса

# МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ЗНАКИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

+ симптом Кернига

декортикационную ригидность

асинергию Бабинского

симптом натяжения

# ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ СОСТОИТ В

+ поддержании гемостаза

переносе антител

переносе белков

выработке тромбопоэтина

# РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ

+ гипостатурой

паратрофией

гипотрофией

гипосомией

# ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ выраженная пушковость на коже

шелушение кожи

наличие «монголоидных» пятен

увеличение размеров большого родничка

# РЕБЕНКОМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ (ГРАММ)

+ 1500-2500

1000-1500

менее 1000

2500-3000

# ЧРЕЗМЕРНО КРУПНЫМ РЕБЕНКОМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ ТЕЛА БОЛЕЕ (ГРАММ)

+ 4500

4000

5000

3500

# ПО ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НЕДОНОШЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО (НЕДЕЛЯ)

+ 37

38

39

40

# АУСКУЛЬТАТИВНО ДИФФУЗНОЕ ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

+ приступе бронхиальной астмы

коклюше

неосложненной пневмонии

остром бронхите

# ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

спирография

компьютерная томография лѐгких

пикфлоуметрия

# ЭКСПРЕСС-ТЕСТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

+ пульсоксиметрия

манометрия

лабораторное определение газового состава крови

анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина

# СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОРЗ) \_\_\_\_\_\_И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

+ 4

2

6

8

# СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОРЗ) \_\_\_\_\_\_ И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

+ 6

8

4

2

# ЭКГ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКГ ПОДРОСТКА

+ отклонением электрической оси сердца вправо

отсутствием зубца Q в грудных отведениях

отрицательными зубцами Т в левых грудных отведениях

отсутствием зубцов Р

# ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 200 В МИНУТУ ПРИ СОХРАНЕННОМ ЗУБЦЕ Р ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

+ пароксизмальной предсердной тахикардии

пароксизмальной желудочковой тахикардии

атриовентрикулярной блокады 2 степени

предсердной экстрасистолии

# К ПЕРЕЧНЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ОТНОСИТСЯ

+ электрокардиография

ангиография сосудов конечностей

компьютерная томография головного мозга

рентгенография органов грудной клетки

# ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КЛАПАНА

+ лѐгочного

аортального

митрального

трехстворчатого

# РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМЫ СЕРДЦА В ВИДЕ «ДЕРЕВЯННОГО БАШМАКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ тетрады Фалло

транспозиции магистральных сосудов

тотального аномального дренажа легочных вен

коарктации дуги аорты

# СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ аортальной недостаточности

коарктации аорты

гемолитической анемии

стенозе почечных артерий

# К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

+ отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях

дельта-волна

полная блокада правой ножки пучка Гиса

отклонение электрической оси сердца влево

# АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ

+ наличие бактерий в моче (более 105 КОЕ в 1 мл мочи) у ребенка без жалоб и клинических симптомов заболевания мочевой системы

повреждение почек, проявляющееся фиброзом и деформацией чашечно-лоханочной системы, в результате повторных атак инфекции

бактериурия (более 105 КОЕ в 1 мл мочи), обнаруженная при обследовании у ребенка с клиническими симптомами заболевания мочевой системы

воспалительное заболевание почечной паренхимы и лоханки, возникшее вследствие бактериальной инфекции

# К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КОМПЛЕКСУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОТНОСЯТ

+ общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек

общеклинические анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Зимницкому

общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, экскреторную урографию

общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ почек, микционную цистографию

# ДИАГНОЗ «ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ» У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

+ лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность

лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность

изолированной пиурии и положительного нитратного теста

макрогематурии, протеинурии

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ СИМПТОМ

+ Кера

Аркавина

Филатова

Брудзинского

# К СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСИТСЯ

+ ринорея

наличие отделяемого из носа гнойного характера

осиплость голоса

наличие рецидивирующих носовых кровотечений

# К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

+ кожный зуд

лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей

периорбитальная гиперпигментация

кератоконус

# АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

+ 110

120

100

130

# ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СРЕДНЕГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД), РАССЧИТАННОГО НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЙ БОЛЕЕ 95-ГО ПРОЦЕНТИЛЯ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

+ артериальная гипертензия

высокое нормальное давление

гипертоническая болезнь

нормальное артериальное давление

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ У РЕБЕНКА 7-9 ЛЕТ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НИЖЕ (ММ РТ. СТ.)

+ 80/40

90/50

70/40

100/60

# ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ артериальное давление на руках выше, чем на ногах

артериальное давление на ногах выше, чем на руках

сохраненная пульсация на бедренных артериях

артериальная гипотония

# К НЕИНВАЗИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) ОТНОСИТСЯ

+ изотопный уреазный дыхательный тест

биохимический метод (быстрый уреазный тест)

иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител

выявление H.pylori в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной реакции

# МАНИФЕСТАЦИЯ ЦЕЛИАКИИ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

+ глютенсодержащих продуктов

молока и молочных продуктов

высокобелковых продуктов, содержащих фенилаланин

фруктовых и овощных пюре и соков

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМА ТРИАДА СИМПТОМОВ

+ протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия

гематурия, лейкоцитурия, протеинурия

изостенурия, никтурия, протеинурия

полиурия, гликозурия, кетонурия

# ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

+ протеинурия более 2,5-3,0 г/л

гематурия более 1 млн./сутки

бактериурия более 100000/мл

лейкоцитурия более 40 млн./сутки

# ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ ускорением скорости оседания эритроцитов (СОЭ)

лейкопенией

эозинофилией

тромбоцитопенией

# В БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИНДИКАТОРОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

+ повышение щелочной фосфатазы

повышение прямого билирубина

понижение непрямого билирубина

понижение щелочной фосфатазы

# К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

+ отрыжка, симптом «мокрого пятна», боль за грудиной

тахикардия, боль за грудиной, изжога, тошнота после приема пищи

рвота цвета «кофейной гущи», черный дегтеобразный стул, интенсивные боли в эпигастральной области

интенсивный характер ночной и «голодной» боли, неустойчивость стула, склонность к запорам

# У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЦЕЛИАКИИ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СМЕСИ

+ на основе белковых гидролизатов

кисломолочные

на основе белков сои

гипоаллергенные

# ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МЯСО В РАЦИОН РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В (МЕС.)

+ 6

7

8

4

# К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ

+ гречневая

манная

овсяная

ячневая

# В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ В АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ камедь рожкового дерева

гуаровая камедь

ксантановая медь

агар

# ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ (БАЛЛ)

+ 3 и менее

4-5

5-7

более 8

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

+ исследование функции внешнего дыхания

определение общего иммуноглобулина класса Е (IgE) в сыворотке крови

общий анализ крови

рентгенография органов грудной клетки

# ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

+ протеинурия

гиполипидемия

гипертония

гипофибриногенемия

# БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

+ непрямого билирубина

прямого билирубина

прямого билирубина + свободного гемоглобина

непрямого билирубина + свободного гемоглобина

# ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ

+ ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия

анемия + ретикулоцитопения

повышение уровня непрямого билирубина + желтуха

желтуха + спленомегалия

# ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

+ острой кровопотери

апластической анемии

тромбоцитопении

острого лейкоза

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

+ снижение сывороточного железа

наличие гипохромной анемии

увеличение сывороточного железа

наличие микроцитарной анемии

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИПА ГЕМОФИЛИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

+ концентрации факторов свертываемости

активированного частичного тромбопластинового времени

времени кровотечения

плазминогена

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ трепанобиопсия

общий анализ крови

стернальная пункция

цитогенетическое исследование

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

+ бронхоскопия

характер кашля

рентгенография грудной клетки

наличие обструктивного синдрома

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ С ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ

+ вегетативной нервной

пищеварительной

внешнего дыхания

центральной нервной

# К СОМАТОМЕТРИИ ОТНОСИТСЯ

+ измерение параметров человеческого тела

оценка физического развития

исследование органов и систем

изучение осанки

# ЖИЗНЕННЫЙ ИНДЕКС СЛУЖИТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

+ функционирования системы внешнего дыхания

пропорциональности телосложения

пропорциональности развития грудной клетки

уровня физического развития

# ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

+ отсутствие газового пузыря желудка

увеличение желудка в размерах

расширение тени средостения

симптом мишени

# РВОТА ПРИ ПИЛОРОСПАЗМЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

+ обильного срыгивания

рвоты фонтаном

рефлекторной рвоты

скудного срыгивания

# ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4–6 МЕСЯЦЕВ В БЕЛКАХ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_ Г НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА

+ 2,6

2,0

2,9

3,2

# ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ\_\_\_\_ КОРМЛЕНИЙ В СУТКИ

+ 5

4

6

7

# КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ УГЛЕВОДОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПРЕДСТАВЛЕН

+ β-лактозой

α-лактозой

глюкозой

мальтодекстрином

# ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_ ККАЛ/КГ/СУТКИ

+ 115

120

110

100

# СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ (Г/100 МЛ)

+ 1,0

2,0

1,5

2,2

# ПРИ I СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ У МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

+ увеличить число кормлений грудью

назначить докорм

ввести прикорм

отказаться от ночных кормлений

# ОПТИМАЛЬНОЕ ДЛЯ УСВОЕНИЯ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ

+ 2 : 1

1 : 1

1 : 2

3 : 2

# ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 10–12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_ ККАЛ/КГ/СУТКИ

+ 110

120

115

100

# ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ фенилкетонурия

недоношенность

гемолитическая болезнь новорожденного

оперативное родоразрешение

# ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ

+ высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот

низкое содержание железа

высокий уровень белка

низкое содержание углеводов

# ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО (%)

+ 25

10

20

30

# ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО (%)

+ 50

40

30

20

# ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

+ бифидум-бактерии

ацидофильные палочки

кишечные палочки

энтерококки

# В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

+ овощное пюре

фруктовый сок

манную кашу

овсяную кашу

# СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ И ЖИРОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

+ 1:1

1:2

2:1

1:4

# РЕЧЬ РЕБЕНКА 1 ГОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ произнесением первых слов

произношением звуков

лепетом

повторением звуков и слогов

# КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ развитие статики и моторики

игровая деятельность

предметная деятельность

развитие умственных способностей

# ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ ЁМКОСТИ ЛЁГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТ

+ спирометр

флаттер

пикфлоуметр

динамометр

# ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ПРОБЕ МАРТИНЕ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (МИН.)

+ 3

5

7

9

# ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

+ ирригоскопии

колоноскопии

копрограммы

ректороманоскопии

# ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВНАЧАЛЕ ПРОВЕСТИ

+ фиброэзофагогастродуоденоскопию

исследование мокроты на сидерофаги

рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием

УЗИ печени и селезенки

# В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки

копрологическое исследование

определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови

УЗИ брюшной полости

# В ОСНОВЕ ЦЕЛИАКИИ ЛЕЖИТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

+ белков злаков

белков животного происхождения

белков молока

углеводов злаков

# ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МАНИФЕСТИРУЕТ

+ в любом возрасте

во втором полугодии жизни

в пубертатном возрасте

в дошкольном возрасте

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

+ рентгеноскопию желудка с контрастированием

ирригоскопию

копрологическое исследование

холецистографию

# ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ В ПРОЦЕНТАХ

+ 11-20

5-10

21-30

31-40

# ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

+ белок крови

глюкоза крови

электролиты крови

гематокрит

# ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

+ пожизненно

на 1-2 месяца

от 6 месяцев до 1 года

до пубертатного периода

# ПРИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ РАСЧЕТ НУТРИЕНТОВ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С

+ возрастом и фактической массой тела

долженствующей массой

возрастом и долженствующеймассой тела

приблизительно долженствующей массой

# ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ

+ консервированные продукты

коровье молоко

бобовые

овощи

# ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ

+ с полным гидролизом белка

белактозные

низколактозные

антирефлюксные

# ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ смесь для маловесных детей

низколактозная смесь

кисломолочная смесь

творог

# ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ инстантная каша

творог

овощное пюре

мясное пюре

# АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЙ СОДЕРЖАТ

+ камедь

крахмал

пребиотик

пробиотик

# БРОНХОГРАФИЯ ДАЕТ ПРАВИЛЬНУЮ ТРАКТОВКУ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОВ ПРИ

+ бронхоэктазии

врожденной лобарной эмфиземе

легочной секвестрации

кисте лѐгкого

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПИЩЕВОД ДОСТИГАЕТ К

+ 12 месяцам

2 годам

5 годам

6 месяцам

# ПОД ТЕРМИНОМ «РЕПРИЗЫ» ПРИ КАШЛЕ ПОНИМАЮТ

+ свистящий вдох вслед за приступом кашля

затрудненный выдох во время приступа кашля

затрудненное дыхание во время приступа кашля

приступы кашля, преимущественно в ночное время

# ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ низкий тургор тканей

снижение объема диуреза

тахикардия и тахипноэ

задержка заполнения капилляров ногтевого ложа

# У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ РЕАБСОРЦИЯ

+ глюкозы

аминокислот

низкомолекулярных белков

ионов натрия

# ПРОТЕИНУРИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В МОЧЕ ПРЕВЫШАЕТ (Г/Л)

+ 0,33

0,03

3,3

1,3

# У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМАТУРИИ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ \_\_\_ ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ МОЧИ

+ 1000

100

2000

4000

# К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

+ повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови

гиперкалиемию и метаболический ацидоз

метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови

повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови

# НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СИНДРОМ

+ обструктивный

вирусной диареи

абдоминальный

нейротоксикоза

# ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) ЗНАЧИТЕЛЬНО РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

+ крупа

лимфаденопатии

обструктивный

абдоминальный

# К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА ОТНОСЯТ

+ врожденную слабость хрящевого каркаса гортани

тяжи и спайки в области голосовой щели

парез голосовых связок

стеноз гортани

# ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кровопотеря

наследственный микросфероцитоз

дефицит эритроцитарных ферментов

наследственная гипопластическая анемия

# ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» СТАВИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

+ 150

170

130

140

# ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 3-4 НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

+ 120

130

140

150

# ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ 10 СУТОК ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

+ 80

90

100

70

# ГИПЕРХРОМНАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ

+ фолиевой кислоты

витамина Е

витамина В6

железа

# ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ

+ щелочной фосфатазы

аспартатаминотрансферазы

аланинаминотрансферазы

альдолазы

# ЖЕЛТУХА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ И МУКОВИСЦИДОЗЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

+ паренхиматозной

конъюгационной

механической

гемолитической

# ЖЕЛТУХА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К КОНЦУ \_\_\_\_\_\_\_\_ ЖИЗНИ

+ 2 недели

3 недели

2 месяца

1 месяца

# КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ IgA

IgM

IgG

IgE

# ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

+ отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни

гипоксия в родах

отсасывание слизи из желудка сразу после рождения

проведение реанимационных мероприятий в родильном зале

# ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

+ врожденной гиперплазии коры надпочечников

снижения секреции антидиуретического гормона

терапии диуретиками

внутривенного введения больших объемов жидкости

# СКАЧУЩИЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ

+ открытом артериальном протоке

коарктации аорты

транспозиции магистральных сосудов

стенозе лѐгочной артерии

# РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ коарктации аорты

аномального легочного дренажа легочных вен

дефекта межжелудочковой перегородки

тетрады Фалло

# УВЕЛИЧЕНИЮ КОНСТРИКЦИИ ЛЁГОЧНЫХ СОСУДОВ СПОСОБСТВУЕТ

+ гипоксемия

ацидоз

гиперкапния

полицитемия

# КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ

+ увеличением потребности мозга в кислороде

резким увеличением метаболизма глюкозы

повышением внутричерепного давления

повышением артериального давления

# ДЛЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

+ прогрессирующей эмфиземы лѐгких

гипотрофии правого сердца

снижения РаО2

респираторного ацидоза

# КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПОСЕЩАТЬ ДЛЯ

+ проведения контрольного кормления

выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительству

выдачи справок о состоянии здоровья ребенка

получения направлений на различные виды исследований

# К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ОТНОСИТСЯ

+ назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям

направление детей на лечение в стационар

своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него

отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении

# КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ РОДИТЕЛЕЙ МЕТОДИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПО ВОПРОСАМ

+ развития и воспитания здорового ребенка

методов диагностики инфекционных заболеваний

лечения неинфекционных заболеваний

профилактических осмотров детей

# КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН НАГЛЯДНЫМИ ПОСОБИЯМИ

+ средств ухода за новорожденными и детьми грудного возраста

средств ухода за больными детьми различного возраста

оказания сердечно-легочной реанимации

лекарственных препаратов для детей различного возраста

# ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СОСТАВЕ ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОРГАНИЗУЕТСЯ

+ кабинет здорового ребенка

кабинет «Здоровое детство»

центр здоровья

отделение медицинской профилактики

# ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ПРОВОДИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ РЕБЕНКА

+ физического развития

школьной зрелости

психофизиологической готовности

физической подготовленности

# ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ С ЦЕЛЬЮ

+ профилактики развития патологических состояний

лечения выявленных состояний

разработки плана диспансеризации

отбора детей, нуждающихся в консультации заведующего отделением

# ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА

+ мясными продуктами

молочными кашами

овощными пюре

фруктовыми соками

# ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРЕН

+ цветовой показатель меньше 0,8

цветовой показатель больше 1,1

макроцитоз

фуникулярный миелоз

# ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

+ пятно, папула, везикула

пятно, петехия, рубчик

петехии, некроз, рубчик

розеола, уртикария, пустула

# КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ МЕНИНГИТА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

+ выбухание большого родничка

положительный симптом Моро

парез нижних конечностей

положительный симптом Бабинского

# КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (РАЗ)

+ 5

8

4

3

# ГРУБЫЙ, «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ЗАТРУДНЕННОЕ ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ ХАКТЕРНО ДЛЯ

+ стеноза гортани

обструктивного бронхита

пневмонии

заглоточного абсцесса

# НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА, УДЛИНЕННОГО ВДОХА – ЭТО

+ острый стенозирующий ларингит

острая пневмония

острый бронхит

бронхиальная астма

# РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

+ высокий заостренный зубец T

удлинение интервала QT

уплощение и инверсия зубца T

укорочение интервала QT

# ГИПОКАЛИЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

+ многократной рвоте

надпочечниковой недостаточности

почечной недостаточности

обширной травме

# ГИПЕРКАЛИЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

+ остром повреждении почек

диарее

гипотермии

трансфузии свежезамороженной плазмы

# РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ тахикардия

гипотония

олигурия

брадикардия

# ГЕНЕТИЧЕСКАЯ НЕПОЛНОЦЕННОСТЬ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

+ глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа

гликогенфосфорилаза

гексокиназа

киназа

# ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

+ наличием в них подслизистой основы и высокой степенью васкуляризации

состоянием голосовых связок

узостью голосовой щели

особенностями мышечного аппарата гортани

# К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

+ тимус и костный мозг

селезенка и костный мозг

эпифиз и гипофиз

пейеровы бляшки

# ВОЗРАСТНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ МИНДАЛИН НАЧИНАЕТСЯ С

+ подросткового возраста

юношеского возраста

раннего детства

сразу после рождения

# МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПИРАМИДНОГО ПУТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕСЯЦ)

+ 12

3

6

9

# АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ВНУТРИУТРОБНО ПРОИСХОДИТ НА \_\_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕ ГЕСТАЦИИ

+ 6-7

3-4

5-6

8-9

# НАИБОЛЕЕ СПОСОБНЫ К СПАСТИЧЕСКОМУ СОКРАЩЕНИЮ

+ мелкие бронхи

терминальные бронхиолы

респираторные бронхиолы

крупные бронхи

# ОЧАГИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ИСЧЕЗАЮТ К

+ периоду новорожденности

1 месяцу после рождения

3 неделям внутриутробной жизни

3 месяцам внутриутробной жизни

# ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЕРОЯТНО ПОРАЖЕНИЕ

+ клубочков

петель Генле

дистальных канальцев

собирательных трубочек

# МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

+ жизненную ѐмкость лѐгких

функциональную остаточную ѐмкость

внутригрудной объѐм газа

аэродинамическое сопротивление дыхательных путей

# К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ РЕЗКОГО УМЕНЬШЕНИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШЕЧНИК ОТНОСЯТ

+ усиление гниения белков в кишечнике

уменьшение всасывания витаминов В1, В2, С

усиление пристеночного расщепления жиров

уменьшение всасывания углеводов

# НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРОЯВИТЬСЯ

+ в любом возрасте

с рождения

на первом году жизни

в 5-20 лет

# АНТИМОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК

+ опущенные наружные углы глазных щелей, узкая глазная щель

узкая глазная щель

опущенные внутренние углы глазных щелей

полулунная складка у внутреннего угла глаза

# КАКОВО ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

+ в переднем средостении между грудиной и плечеголовными венами

на шее спереди и по бокам трахеи

в заднем средостении

в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом

# ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ

+ совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе

соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам

достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка

комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе

# ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В (НЕДЕЛЯ)

+ 38-42

22-37

28-37

36-40

# В НОРМЕ МАКСИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДЯТСЯ НА ВОЗРАСТ (МЕС.)

+ 12-18

7-9

9-12

18-24

# СООТВЕТСТВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ)

+ n - 4

2n - 6

n - 8

4n - 20

# «ФРЕНИКУС» - СИМПТОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ

+ между ножками musculus strenocleidomastoideus dextrum

в углу, образованном ключицей и наружным краем musculus sternocleidomastoideus

в области яремной вырезки грудины

на 3 см выше середины ключицы

# ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

+ падением артериального давления

свистящими хрипами

влажными хрипами в лѐгких

сухими хрипами в лѐгких

# ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ с 6 месяцев до 5-7 лет

с 1 года до 8 лет

с 6 месяцев до 12 лет

с рождения до 4 лет

# ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ В 1 МИНУТУ

+ 30-35

35-40

40-50

25-30

# НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 59 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

+ 110-140

90-100

100-150

140-160

# К ОСОБЕННОСТЯМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ

+ снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов

замедление времени свертывания

одинаковое время свертывания, как у взрослых

удлинение времени кровотечения

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНА ТОПИКА ШУМА

+ в третьем-четвертом межреберье слева у грудины

на верхушке

во втором межреберье слева

во втором межреберье справа

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

+ одышки при физической нагрузке

одышки в покое

втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области

раздувания крыльев носа

# СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В НОРМЕ

+ 2:1

1:5

1:2

3:1

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОВОДОМ ДЛЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ рецидивирующая инфекция мочевых путей

повышение артериального давления

появление отеков

боль в поясничной области

# ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧАСТО СОПУТСТВУЕТ СИНДРОМ

+ Марфана

Беквита-Видемана

Вактерл

Пруно-Белли

# ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ

+ одышка с апноэ

стридорозное дыхание

сердечная недостаточность

пенистые выделения из ротоглотки

# ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ рвота «фонтаном»

запор

олигоурия

рвота «кофейной гущей»

# МЕКОНИЕВЫЙ ИЛЕУС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ муковисцидозе

некротическом энтероколите

кишечной непроходимости

перфорации кишки

# НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В СЛУЧАЕ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПОРАЖЕННУЮ СТОРОНУ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ателектаз лѐгкого

тотальная эмпиема плевры

плащевидный плеврит

абсцесс лѐгкого

# СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРОК РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

+ УЗИ мочевыделительной системы

внутривенная урография

общий анализ крови

общий анализ мочи

# ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

+ антистрептолизина О, антигиалуронидазы

креатинина, мочевины сыворотки крови

иммуноглобулинов А, М, G

общего анализа крови

# МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ УРОВЕНЬ БАКТЕРИУРИИ ПРИ СБОРЕ МОЧИ МЕТОДОМ «СВОБОДНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ» РАВЕН (В 1 МЛ)

+ 100000

5000

10000

1000000

# ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ С-реактивный белок

мочевина сыворотки крови

креатинин сыворотки крови

общий белок сыворотки крови

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

+ цистографию

внутривенную урографию

ангиографию

компьютерную томографию

# ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ стероидорезистентный нефротический синдром

часторецидивирующий нефротический синдром

поликистоз почек

мочекаменная болезнь

# ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ нефритический

нефротический

изолированный мочевой

анемический

# ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

+ гипоальбуминемия

гиперальбуминемия

гиполипидемия

гиперпротеинемия

# КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЮТСЯ ОТЕКИ И

+ протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия

протеинурия, гиперлипидемия, гематурия

протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия

лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия

# КОЛИЧЕСТВО АЛЬБУМИНА В МОЧЕ 80 МГ/Л ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

+ микроальбуминурии

альбуминурии

низкоселективной протеинурии

низкомолекулярной протеинурии

# ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ в возрасте 2-4 года

при рождении

на первом году жизни

в пубертате

# ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И

+ суставы, почки, кишечник

суставы, лѐгкие, кишечник

сердце, почки, кишечник

лѐгкие, ЦНС, кишечник

# ГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ

+ иммуноглобулин А нефропатии (болезни Берже)

остром пиелонефрите

идеопатическом нефротическом синдроме

почечном тубулярном ацидозе

# ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ АЛЬПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ гематурия

протеинурия

лейкоцитурия

бактериурия

# У РОДСТВЕННИКОВ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

+ гематурию, тугоухость, патологию зрения, развитие хронической почечной недостаточности

тугоухость, нефротический синдром, дисплазию соединительной ткани, артериальную гипертензию

протеинурию, артериальную гипертензию, остеопороз

артериальную гипертензию, лейкоцитурию, бактериурию

# НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ болезнь тонких базальных мембран

аутосомно-доминантная поликистозная болезнь

гипофосфатемический рахит

почечный тубулярный ацидоз

# СИНДРОМ АЛЬПОРТА В ОТЛИЧИЕ ОТ БОЛЕЗНИ ТОНКИХ БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ прогрессирующим течением с развитием хронической почечной недостаточности

изолированной гематурией в мочевом осадке

одинаковым течением заболевания у мальчиков и девочек

аутосомно-доминантным наследованием и изолированной гематурией в мочевом осадке

# НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

+ повышение температуры, лейкоцитурия, бактериурия

повышение температуры, протеинурия, гематурия

отеки, гематурия, лейкоцитурия

бактериурия, гематурия, протеинурия

# ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ бактериурия

гематурия

протеинурия

кристаллурия

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кишечная палочка

эпидермальный стафилококк

золотистый стафилококк

синегнойная палочка

# ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

+ креатинина

альбумина

билирубина

холестерина

# ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

+ скорость клубочковой фильтрации

креатинин сыворотки крови

мочевина сыворотки крови

мочевая кислота сыворотки крови

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ снижение сывороточного железа

наличие гипохромной анемии

наличие источника кровопотери

снижение железосвязывающей способности сыворотки

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

+ нерациональном вскармливании

хронической кровопотере

гельминтозе

гемолизе эритроцитов

# ПРИЗНАКОМ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ГЕМОЛИЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ гиперретикулоцитоз

повышение уровня связанного билирубина

удлинение времени кровотечения

удлинение времени свертывания

# СРЕДИ РОДСТВЕННИКОВ РЕБЁНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГЕМОФИЛИЮ БОЛЬНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ

+ дядя по материнской линии

дядя по отцовской линии

отец ребенка

дедушка по отцовской линии

# ПРИ ГЕМОФИЛИИ «В» В ПЛАЗМЕ КРОВИ СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА

+ IХ

VIII

VII

Виллебранда

# ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ проба Кумбса

проба с диэпоксибутаном

степень увеличения селезенки

уровень ретикулоцитов в крови

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ трепанобиопсия

коагулограмма

пункция костного мозга

общий анализ крови

# ДИАГНОЗ «ТРОМБОЦИТОПАТИЯ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА НАЛИЧИИ

+ функциональной неполноценности тромбоцитов

тромбоцитопении

геморрагического синдрома

изменений в коагулограмме

# НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

+ увеличение лимфатических узлов

увеличение печени

боль в костях

кожный зуд

# ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА» ЯВЛЯЕТСЯ

+ биопсия лимфатического узла

пункция лимфатического узла

пункция костного мозга

лейкоцитарная формула крови

# ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИИ

+ миелограммы

общего анализа крови

пунктата лимфатического узла

коагулограммы

# ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ \_\_\_ % БЛАСТОВ В МИЕЛОГРАММЕ

+ 50

10

15

5

# РИСК НЕБЛАГОПРЯТНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОВЫШАЕТ СИНДРОМ

+ нейролейкемический

гиперпластический

геморрагический

интоксикационный

# ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ У РЕБЕНКА ОТСУТСТВУЕТ ПУЛЬСАЦИЯ НА \_\_\_\_\_\_ АРТЕРИЯХ

+ бедренных

лучевых

височных

локтевых

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО И /ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РАССЧИТАННЫЙ НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ОТДЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ РАВЕН ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕРЦЕНТИЛЬ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА

+ 95-й

50-й

75-й

90-й

# К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ И ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ОТНОСИТСЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

+ лѐгочная

артериальная

портальная

внутричерепная

# ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С

+ влажными хрипами в лѐгких

отеками на ногах

судорогами

гепатоспленомегалией

# ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ IG E- ОПОСРЕДОВАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИК-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ папула более 3 мм

папула 1-2 мм

гиперемия

след от укола

# ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЧИТЫВАЮТ

+ дефицит массы тела

состояние резистентности организма

состояние толерантности к пище

наличие признаков полигиповитаминоза

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ

+ кальция, фосфора, щелочной фосфатазы

остеокальцина, кальция, калия и магния

паратгормона

тироксина

# ПРИ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОМ РАХИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СДВИГ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ В СТОРОНУ

+ метаболического ацидоза

метаболического алкалоза

дыхательного ацидоза

дыхательного алкалоза

# СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л)

+ 70-90

90-110

120-140

менее 70

# АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

+ систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины

систолического шума во втором межреберье слева от грудины

систолического шума вдоль левого края грудины

систолического шума в III – IV межреберье слева от грудины

# ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ослабление (отсутствие) пульса на бедренной артерии

акцент второго тона над лѐгочной артерией

систоло-диастолический шум во втором межреберье слева от грудины

расширение границ относительной сердечной тупости вправо

# ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ \_\_\_\_\_\_\_ ЖИЗНИ

+ 28 суток

56 суток

6 месяцев

1 года

# ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

+ антител к тканевой трансглутаминазе

антител к сахаромицетам

фекального кальпротектина

антител к цитоплазме нейтрофилов

# РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 25 ДНЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» ПРИ ГЕМОГЛОБИНЕ МЕНЕЕ (Г/Л)

+ 120

130

160

140

# К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

+ повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови

гиперкалиемию и метаболический ацидоз

повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови

метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови

# К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ

+ олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт

мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз

протеинурия и лейкоцитурия

олигурия и мочекислый инфаркт

# ОЛИГУРИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ СЧИТАЕТСЯ ДИУРЕЗ МЕНЕЕ (МЛ/КГ/ЧАС)

+ 0,5

1,5

3,0

2,0

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кишечная палочка

стафилококк

стрептококк группы В

клебсиела

# САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ транзиторная ишемия миокарда

инфаркт миокарда

фиброэластоз

пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

# КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

+ одышка, тахикардия, увеличение размеров печени

цианоз, отеки, хрипы в легких

цианоз, одышка, тахикардия

одышка, тахикардия, хрипы в легких

# В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

+ инфекция органов мочевой системы

метаболическая нефропатия

аномалия развития почек

гломерулонефрит

# ДИАГНОЗ «ВНУТРИУТРОБНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_\_\_ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

+ первых трех суток

первых двух часов

первых суток

первой недели

# ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ осложнение острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ)

осложнение респираторного дистресс-синдрома (РДС)

внутриутробное инфицирование

аспирация в родах

# О МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ МОЖНО ДУМАТЬ ПРИ РН

+ 7,25

7,45

7,35

7,40

# КОНЪЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО НА \_\_\_\_\_\_\_\_ СУТКИ ЖИЗНИ

+ 3

1

5

6

# ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

+ метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена

метаболический ацидоз, гипогликемия

катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия

гипергликемия, алкалоз

# ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ локальная крепитация

жесткое дыхание

диффузные мелкопузырчатые хрипы

одышка

# ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПЛЕВРИТ ПОЗВОЛЯЕТ

+ укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону

усиление голосового дрожания

ослабленное дыхание с бронхофонией

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ

+ рентгенографию лѐгких в вертикальном положении

латерографию

томографию лѐгких в вертикальном положении

плевральную пункцию

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

+ потовый тест с определеним хлора

копрологический анализ

наличие обструктивного синдрома

анамнез

# ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ бронхиальной обструкции

фарингите

остром ларингите

трахеите

# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

+ среднетяжелая персистирующая

тяжелая персистирующая

легкая интермиттирующая

легкая персистирующая

# НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ pH-метрия

одномоментное исследование по Боасу-Эвальду

фракционное исследование с последующим титрованием

ацидотест

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ хеликобактериоз

дуоденогастральный рефлюкс

травма слизистой оболочки желудка

анацидность

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ эндоскопия

рентгеноконтрастное исследование

ультразвуковое исследование

иридодиагностика

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ

+ обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке

гиперацидность

горечь во рту

рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ

+ эндоскопии

рентгеноскопии

рентгенографии

копрологии

# НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гастродуоденоскопия

дуоденальное зондирование

исследование кала на скрытую кровь

рентгеноконтрастное исследование

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кровотечение

перфорация

пенетрация в поджелудочную железу

малигнизация

# ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

+ Мерфи

Пастернацкого

Щеткина-Блюмберга

Мейо-Робсона

# ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ повышения прямого билирубина

гемолиз

повышение непрямого билирубина

ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ)

# ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ гипертрансаминаземия

гиперхолестеринемия

диспротеинемия

гипофибриногенемия

# ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ

+ муковисцидозе

кишечной инфекции

скарлатине

колите

# ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ СЫВОРОТКИ КРОВИ

+ панкреатической амилазы

глюкозы

холестерина

кальция

# ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

+ повторные кровотечения из прямой кишки

простые запоры

спастические запоры

боли по ходу толстой кишки

# УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 4-6

6-8

8-10

12-15

# ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА (ТТГ) В КРОВИ БУДЕТ

+ повышенным

в норме

сниженным

значительно сниженным

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

+ тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

тетрайодтироксина (Т4) в крови

трийодтироксина (Т3) в крови

артериального давления

# КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ скрытой или выраженной тетанией

мышечной гипотонией

густыми вьющимися волосами на голове

блефароспазмом, светобоязнью

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17- ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

+ адреногенитального синдрома

врожденного гипотиреоза

муковисцидоза

фенилкетонурии

# КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ЯВЛЯЕТСЯ

+ гиперпигментация кожи

желтушность кожи

петехиальная сыпь

бледность кожи

# К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ОТНОСЯТ

+ выраженную слабость, утомляемость

повышение аппетита

повышение артериального давления

повышение температуры тела

# ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ артериальная гипертензия

желтуха

повышенная ломкость костей

артериальная гипотония

# ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

+ артериальная гипертензия

артериальная гипотония

гипергликемия

гиперхолестеринемия

# КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ полиурия

полифагия

потеря массы тела

пастозность

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ПРОТЕИНУРИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_ ПРОТЕИНУРИЯ

+ ортостатическая

алиментарная

нефротическая

персистирующая

# НОРМАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_ МЛ/МИН/1,73 М2

+ 80-120

60-70

130-150

30-40

# ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 1

3

6

12

# РЕБЁНОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

+ III

I

II

IV

# РЕБЕНОК С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

+ III

I

II

IV

# ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ ИЗ РАЦИОНА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ

+ животного происхождения с высоким содержанием белка

богатые простыми углеводами

богатые сложными углеводами

глютенсодержащие

# ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

+ дефицита йода

дефицита селена

недостатка железа

дефицита кальция

# НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

+ отягощенная наследственность

особенность пищевого поведения

низкий уровень физической активности

нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом

# ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ наследственная предрасположенность

нейроинфекция

длительное лечение стероидными препаратами

хроническое соматическое заболевание

# К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ

+ кетоацидоз

диабетическая нефропатия

офтальмопатия

артериальная гипертензия

# ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА

+ кортизола

инсулина

адренокортикотропного

тиреотропного

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ

+ кожные пробы

бронхоскопию

компьютерную томографию

бронхографию

# К ИНФОРМАТИВНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ОТНОСИТСЯ

+ минутный объем дыхания

общая емкость лѐгких

жизненная емкость лѐгких

функциональная остаточная емкость

# ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИМЕНЯЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК

+ ультразвуковое

эндоскопическое

рентгенологическое

радиоизотопное

# КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ

+ Зимницкого

Нечипоренко

Сулковича

Реберга–Тареева

# ПРОТЕИНУРИЯ В МОЧЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ

+ клубочков

проксимальных канальцев

петель Генле

дистальных канальцев

# ДИАГНОЗ ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕМ

+ внутривенной урографии

ультразвукового исследования

урофлоуметрии

биопсии почек

# К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ

+ биопсию почки

цистоскопию

ультразвуковое исследование

экскреторную урографию

# ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

+ ферритин

трансферрин

гемоглобин

гематокрит

# К РАННЕМУ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

+ бактериурия

микрогематурия

цилиндрурия

кристаллурия

# ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА

+ свободный тироксин и тиреотропный гормон

антитела к рецептору тиреотропного гормона

свободный трийодтиронин

антитела к тиреоглобулину

# ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ПИТАНИЯ

+ щавель

горох

огурцы

картофель

# ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТОИТ В

+ сбалансированном питании

режиме дня

физической нагрузке

медикаментозной терапии

# ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ

+ иммунизацию против пневмококковой инфекции

естественное вскармливание

своевременное введение прикорма

достаточное пребывание на свежем воздухе

# ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВОЗРАСТАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

+ связанного билирубина

гематокрита

креатинина

глюкозы крови

# СИМПТОМ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» ПРИ ВРОЖДЁННОМ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

+ сегментарной перистальтикой желудка

атонией желудка

наличием выпота в брюшной полости

сегментарной перистальтикой тощей кишки

# ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ РВОТА

+ створоженной пищей

неизменѐнной пищей

с примесью желчи

с алой кровью

# ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ невозможность проведения эндоскопа в двенадцатиперстную кишку

зияние кардии

кардиостеноз

эрозия слизистой желудка

# ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ

+ сразу после рождения

с 6 месяцев жизни

на 2 году жизни

на 3 году жизни

# ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПРИМЕНЯЕТСЯ

+ ирригография

УЗИ

радиоизотопное сканирование

МРТ

# ХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ рвотой и срыгиваниями

жидким стулом

гипертермией и болями в желудке

олигурией

# ПРИЗНАКОМ КАТАРАЛЬНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ серозное отделяемое из пупка

гнойное отделяемое из пупка

инфильтрация краѐв пупочного кольца

кишечное отделяемое из пупка

# ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

+ фиброэзофагоскопия

рентгенография грудной клетки

рентгенография пищевода с контрастом

биохимический анализ крови

# ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

+ обесцвеченный кал

срыгивание

гиперемия кожи

олигурия

# ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СНИМОК В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ РЕБЁНКА ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ

+ выявления патологической подвижности почки

определения функции почки

диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса

выявления камня лоханки

# ДЛЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ увеличенный в размерах мочевой пузырь

отсутствие мочи в мочевом пузыре

рвота

высокая температура тела

# ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ

+ пенистое отделяемое изо рта и носа

рвота с примесью алой крови

отсутствие меконеального стула

рвота «кофейной гущей»

# ЛЁГОЧНОЙ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ булла

пиоторакс

пневмоторакс

пиопневмоторакс

# ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ стафилококк

клебсиелла

протей

стрептококк

# ПРИ ВРОЖДЁННОМ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

+ снижение тургора и объѐма подкожно жирового слоя

приступообразный крик

жидкий стул

учащѐнное мочеиспускание

# РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ задержка эвакуации контраста из желудка

появление 2 газовых уровней в эпигастрии при обеднении газом остальных отделов брюшной полости

появление множественных газовых уровней в брюшной полости

заброс контраста из желудка в пищевод

# ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

+ травмы головного мозга

незрелости структур головного мозга

повреждения мозговых структур свободным билирубином

дегенерации передних рогов спинного мозга

# АНИЗОКОРИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СВЯЗАНА С ПОРАЖЕНИЕМ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ НЕРВА

+ глазодвигательного

отводящего

зрительного

блокового

# ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

+ УЗИ

артрография

МРТ

РТК

# ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

+ задержка мочеиспускания

олигурия

болезненное мочеиспускание малыми порциями

мочевые затѐки в промежность

# ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ ЯИЧКО МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ

+ в паховом канале

под кожей бедра

под кожей лонной области

в противоположной половине мошонки

# ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ НАГРУБАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ

+ лечения не требуется

выполняется выдавливание секрета

накладываются полу-спиртовые компрессы

назначается антибиотикотерапия

# УЗИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ВСЕМ ДЕТЯМ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ 1 месяца

2 недель

2 месяцев

3 месяцев

# ПОВРЕЖДЕНИЕ, ОБРАЗУЮЩЕЕСЯ ПРИ ПОДКОЖНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРЫВА МЕЛКИХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ кровоподтеком

ссадиной

гематомой

ушибом

# КРОВОПОДТЕКИ МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

+ вакуумного (присасывающего) воздействия

действия высокой температуры

действия низкой температуры

электрического тока

# ЖЁЛТЫЙ ЦВЕТ КРОВОПОДТЕКОВ ОБУСЛОВЛЕН ОБРАЗОВАНИЕМ

+ билирубина

биливердина

гемосидерина

вердогемохромогена

# СИНЕ-БАГРОВЫЙ ЦВЕТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КРОВОПОДТЁКОВ ДАВНОСТЬЮ (СУТКИ)

+ 1 - 3

4 - 6

7 - 8

10 - 12

# К РАННИМ СИМПТОМАМ КОРИ ОТНОСЯТСЯ

+ пятна Бельского-Филатова-Коплика

бледный носогубный треугольник и точечная сыпь

появление сыпи на волосистой части головы и зуд кожи

увеличение затылочных лимфоузлов и геморрагическая сыпь

# ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ СЫПЬ

+ мелкоточечная

везикулезная

геморрагически-некротическая

пятнисто-папулезная

# ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

+ фибринозных пленок на нѐбе, дужках, миндалинах

яркой отграниченной гиперемии ротоглотки

герпетических высыпаний на дужках

некрозов на миндалинах

# СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА

+ ягодицах, нижних конечностях, внизу живота

разгибательных поверхностях туловища и конечностей

лице, груди, животе

волосистой части головы

# КАШЕЛЬ С РЕПРИЗАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ коклюша

кори

парагриппа

аденовирусной инфекции

# ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАТ ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ \_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМА

+ цитолитического

холестатического

мезенхимально-воспалительного

геморрагического

# ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ полиаденией с преимущественным поражением шейных лимфоузлов

увеличением переднешейных лимфоузлов с выраженным отеком подкожной клетчатки

увеличением паховых лимфоузлов

увеличением затылочных лимфатических узлов

# ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ появление атипичных мононуклеаров

нейтрофильный лейкоцитоз

эозинофилия

анемия

# ПРИ СОСТАВЛЕНИИ РОДОСЛОВНОЙ ПРОБАНДОМ НАЗЫВАЮТ

+ ребенка, на которого составляется родословная

маму или папу

бабушку или дедушку

родных брата или сестру

# ДЛИНА ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО УТРАИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (ГОД)

+ 12

10

5

1

# ОРИЕНТИРОВОЧНО ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА 4 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 100

110

130

85

# РЕБЕНОК УДВАИВАЕТ ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ МАССУ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 4-5

6-7

9-10

2-3

# ФИЛИППИНСКИЙ ТЕСТ СТАНОВИТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ (ГОД)

+ 5

3

7

10

# МАССА ТЕЛА РЕБЁНКА 3 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 14-15

10-12

16-18

18-20

# УВЕЛИЧЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 12

9

16

25

# В ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОНИЖЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В \_\_\_\_\_ КОРИДОРЕ (ЗОНЕ)

+ 2

5

7

8

\* ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

+ > +2,0

+ 1,0 - + 1,99

– 0,99 - + 0,99

-1,99 – - 1,0

# САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ

+ ещѐ до рождения

с рождения

с 3 месячного возраста

с 3-5 лет

# ЭЛЕМЕНТ СЫПИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОБОЙ ПОЛОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАЗМЕРОМ ДО 5 ММ, ЗАПОЛНЕННОЕ СОДЕРЖИМЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ

+ пузырьком (везикулой)

папулой

розеолой

бугорком

# НАЛИЧИЕ ГЕМОРРАГИЙ НА КОЖЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПАТОЛОГИИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИСТЕМЫ

+ свѐртывающей

иммунной

дыхательной

пищеварительной

# У НОВОРОЖДЕННЫХ ЛУЧШЕ ДРУГИХ РАЗВИТА ФУНКЦИЯ КОЖИ

+ резорбтивная

терморегулирующая

бактерицидная

выделительная

# У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПАЛЬПИРУЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ ДО \_\_\_\_\_ ГРУПП

+ 3

2

4

5

# ОКРУГЛЫЕ ФОРМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЮТСЯ

+ большим удельным весом подкожной клетчатки по отношению к массе тела

большим размером жировых клеток, активностью ребѐнка

меньшей толщиной кожи

малой двигательной активностью ребѐнка

# СНИЖЕНИЕ ТУРГОРА ТКАНЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ эксикозе

рахите

анемии

гипотиреозе

# ПАРАТРОФИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ увеличением подкожно-жирового слоя

уменьшением подкожно-жирового слоя

неравномерным распределением подкожно-жирового слоя

общим истощением

# ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

+ рахита

гипотрофии

паратрофии

анемии

# МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ рахита

менингита

эпилепсии

детского церебрального паралича

# СМЕНА МОЛОЧНОГО ПРИКУСА НА ПОСТОЯННЫЙ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

+ 5-6

3-4

7-8

9-10

# ВНЕШНЕЕ СТРОЕНИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КОСТНОЙ ТКАНИ ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЮТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КОСТИ ВЗРОСЛЫХ К ВОЗРАСТУ (ГОД)

+ 12

7

10

15

# О СНИЖЕННОМ МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

+ отсутствие подтягивания при пробе на тракцию

вялость мышц

свисание руки или ноги новорожденного

неучастие руки или ноги новорожденного в общей двигательной реакции

# У НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНАЯ МАССА МЫШЦ ПРИХОДИТСЯ НА МЫШЦЫ

+ туловища

верхних конечностей

ягодичной области

нижних конечностей

# НАЧАЛО ЗАКЛАДКИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА \_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛЕ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

+ 1-2

3-4

6-7

10-12

# НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА ПЕРИОД (ГОД)

+ 0-6

6-9

10-12

13-16

# КАКОЙ РЕФЛЕКС НАБЛЮДАЕТСЯ У ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ РЕБЕНКА ПРИ СГИБАНИИ ОДНОЙ НОГИ В ТАЗОБЕДРЕННОМ И КОЛЕННОМ СУСТАВАХ, А ЗАТЕМ ВЫПРЯМЛЕНИИ В КОЛЕННОМ

+ Кернига

верхний Ландау

Брудзинского средний

Галанта

# РЕФЛЕКС БАБКИНА ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ (МЕС.)

+ 3

5

7

9

# СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ХОДИТЬ У РЕБЕНКА ДОЛЖНА СФОРМИРОВАТЬСЯ К (МЕС.)

+ 12

18

20

8

# УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ РЕЧИ К 3-Х МЕСЯЧНОМУ ВОЗРАСТУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ гулением

лепетом

произнесением простых слов

произнесением простых словосочетаний

# РЕБЕНОК НАЗЫВАЕТ 4 ОСНОВНЫХ ЦВЕТА В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

+ 3

1,5

2

2,5

# ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА (НЕДЕЛЯ)

+ 14-15

10-13

16-20

21-28

# СОЗРЕВАНИЕ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

+ 5-8 годам

рождению ребенка

3-6 месяцам

1 году

# НА ЗАДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА ПРОЕЦИРУЮТСЯ \_\_\_\_\_ ДОЛИ ЛЁГКОГО

+ верхняя, нижняя

средняя, нижняя

верхняя, средняя

верхняя, средняя, нижняя

# АЛЬВЕОЛОЦИТЫ II ПОРЯДКА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

+ синтеза сурфактанта

синтеза IgА

двигательную

слизепродуцирующую

# СРЕДНЯЯ ДОЛЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО ОБРАЗОВАНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СЕГМЕНТАМИ

+ латеральным (IV) и медиальным (V)

медиальным базальным (VII) и передним базальным (VIII)

задним (II) и передним (III)

латеральным базальным (IX) и медиальным базальным (VII)

# ПРИ ОСМОТРЕ НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ВЫХОДЯТ ИЗ-ЗА ДУЖЕК У ДЕТЕЙ С

+ 1 года

1 месяца

3 лет

7 лет

# ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ

+ 30-35

40-60

25

16-18

# В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ

+ пуэрильное

жесткое

везикулярное

ослабленное везикулярное

# ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОЗ «ПНЕВМОНИЯ» ПОДТВЕРЖДАЕТ

+ наличие инфильтративных теней

эмфизема лѐгких

усиление лѐгочного рисунка

расширение корней лѐгких

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ КРЕПИТАЦИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

+ пневмонии

туберкулѐзе внутригрудных лимфатических узлов

экссудативном плеврите

бронхите

# ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СНИЖАЕТСЯ

+ жизненная емкость лѐгких (ЖЕЛ)

объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1)

максимальная объемная скорость воздуха на уровне выдоха 25-75 % (МОС25-75)

индекс Тиффно

# СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

+ 1:3

1:2

1:4

1:2,5

# АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С

+ лѐгочной артерией

нижней полой веной

левым предсердием

лѐгочной веной

# У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ

+ печень

головной мозг

сердце

лѐгкие

# ЗВУЧАНИЕ I И II ТОНОВ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА ВЫРАВНИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (ГОД)

+ 12

5

8

10

# СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_ УДАРОВ В МИНУТУ

+ 100

60-70

80-85

120

# СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕ МУРЛЫКАНЬЕ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

+ митральном стенозе

недостаточности митрального клапана

дефекте межжелудочковой перегородки

открытом овальном окне

# ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ 2-6 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

+ II межреберья

I ребра

II ребра

III ребра

# СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ)

+ 90 + 2n

60 + n

60 + 2n

90 + n

# ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА В ВИДЕ МАЛОГО РАЗМЕРА ДЕФЕКТА В МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАЗЫВАЕТСЯ

+ болезнью Толочинова – Роже

болезнью Сокольского – Буйо

синдромом Шерешевского – Тернера

синдромом Картагенера

# К ВРОЖДЕННОМУ ПОРОКУ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

+ тетрада Фалло

дефект межпредсердной перегородки

стеноз аорты

открытый артериальный проток

# ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРЕН

+ дующий систолический шум после ослабленного I тона на верхушке

рокочущий диастолический шум на верхушке после усиленного I тона

грубый систолический шум над всей областью сердца

громкий, протяжный систолический шум в области нижней трети грудины

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТИП НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ЯВЛЯЮТСЯ

+ отеки и увеличение печени

влажные мелкопузырчатые хрипы в легких

брадикардия, бледность кожных покровов

продуктивный кашель, одышка

# РАВЕНСТВО ГРОМКОСТИ ТОНОВ (I И II) И РАВЕНСТВО ИНТЕРВАЛОВ МЕЖДУ I - II И II – I ТОНАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

+ эмбриокардией

тахикардией

брадикардией

брадипноэ

# ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

+ смещения границ относительной тупости сердца влево

грубого систолического шума, ритма галопа, пароксизмальной тахикардии

диастолического шума

систоло-диастолического шума

# ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ синусовый узел

атриовентрикулярное соединение

нижняя часть левого желудочка

п. Гиса

# ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА В НОРМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ отклонением вправо

отклонением влево

нормальным положением

вертикальным положением

# НА ЭКГ ВАРИАНТОМ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ синусовая аритмия

экстрасистолия

атриовентрикулярная блокада

тахикардия

# ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

+ увеличение амплитуды и заостренности зубца Р в II, III, aVF

увеличение амплитуды, уширение и расщепление зубца Р в I, II, aVL или aVR

зубец Р в V5,6 высокий, иногда двухфазный

смещение переходной зоны вправо

# У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СЛАБО РАЗВИТЫМ ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ кардиальный

тело

пилорический

антральный

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЕМКОСТЬ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 5-7-10

20-30

50-70

100-110

# УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ

+ креатореей

амилореей

стеатореей

миореей

# СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ повышением содержания щелочной фосфатазы

снижением уровня холестерина

положительной тимоловой пробой

гипербилирубинемией за счѐт свободного билирубина

# ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ

+ гипотрофия

паратрофия

гипостатура

нанизм

# ВЕС ПОЧКИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА РАВЕН (ГРАММ)

+ 10-12

5-7

33-36

40-50

# СТРОЕНИЕ КЛУБОЧКА НЕФРОНА СТАНОВИТСЯ ИДЕНТИЧНЫМ СТРОЕНИЮ ПОСЛЕДНЕГО У ВЗРОСЛОГО ПОСЛЕ (ГОД)

+ 5

1

8-10

13-15

# ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

+ клубочки

кровеносная и лимфатическая система почек

канальцы, чашечно-лоханочный аппарат, интерстиций

околопочечная клетчатка и чашечно-лоханочный аппарат

# КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_×103

+ 150-300

110-140

50-100

310-450

# ВТОРОЙ «ПЕРЕКРЕСТ» НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

+ 4-5

2-3

6-7

8-9

# КОЛИЧЕСТВО БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 1-5

10

15

20

# ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ СИНТЕЗА ЛИМФОЦИТОВ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

+ тимус

селезенка

костный мозг

почечный эпителий

# ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ ИММУНОГЛОБУЛИН КЛАССА

+ A

M

G

D

# ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

+ тиреотропный гормон

трийодтиронин

тироксин

окситоцин

# АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

+ клубочковой зоной надпочечников

задней долей гипофиза

щитовидной железой

передней долей гипофиза

# В ПОЛОВОЙ ФОРМУЛЕ У МАЛЬЧИКОВ СИМВОЛ «L» ОЗНАЧАЕТ

+ отчетливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)

оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса

мутацию (ломку) голоса

оволосение на лице

# НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ У ДЕТЕЙ С ЧАСТОТОЙ

+ 1 раз в месяц

2 раза в месяц

1 раз в квартал

2 раза в год

# РЕКОМЕНДУЕМАЯ В РОССИИ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА ДЛЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (Г/КГ)

+ 2,6

2,2

2,9

3,2

# СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЧАСТЬ ОТ МАССЫ ТЕЛА

+ 1/8

1/7

1/6

1/5

# ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

+ бифидо-бактерии

ацидофильные палочки

энтерококки

кишечные палочки

# ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЁМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ

+ 30 минут

2 часов

12 часов

24 час

# ЛАКТАЦИОННЫЙ КРИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ временным уменьшением выделения молока без видимых причин

постоянным уменьшением молока без видимых причин

тенденцией к постепенному снижению выделения молока

малым количеством молока в первые 3-4 дня после родов

# ВВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 4-6

2-4

3-5

5-7

# ТВОРОГ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВОЗРАСТА (МЕС.)

+ 6

4

5

8

# СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_РАЗ/РАЗА

+ 5

3

4

6

# РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ РАВЕН (МЛ)

+ 200

100

120

150

# В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ГИПОТРОФИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕСТИ

+ кашу

овощное пюре

мясной фарш

творог

# РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И РОСТА НАЗЫВАЕТСЯ

+ гипостатурой

паратрофией

гипотрофией

кахексией

# К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

+ бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя

повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела

снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела

повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов

# ПОНЯТИЕ «ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕЗА» ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

+ генеалогический, биологический, социальный анамнез

уровень нервно-психического развития, генеалогический анамнез

резистентность организма, наличие хронических заболеваний, биологический анамнез

уровень функционального состояния организма, социальный анамнез

# ПОНЯТИЕ «ИНДЕКС НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ

+ общего числа заболеваний к общему числу родственников (сам ребѐнок в это число не входит)

общего числа родственников к общему числу заболеваний

общего числа заболеваний к общему числу родственников (включая ребѐнка)

заболевания каждого родственника к общему числу родственников

# ТЕРМИН «ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ» В ПЕДИАТРИИ ПОНИМАЕТСЯ КАК ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

+ роста и биологического созревания ребѐнка в том или ином периоде детства

роста ребѐнка и биологического созревания отдельных систем

роста ребѐнка в том или ином периоде детства и биологического созревания отдельных органов и систем ребенка

биологического созревания отдельных органов и систем ребенка

# ДЛЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА РЕБЁНКА В 1 МЕСЯЦ ХАРАКТЕРНО

+ плавное прослеживание движущегося предмета, сосредоточение взгляда на неподвижном предмете (лице взрослого)

удержание в поле зрения неподвижного предмета (лица взрослого) и зрительное сосредоточение в вертикальном положении

длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым

зрительное сосредоточение в вертикальном положении

# РЕБЁНОК СПОСОБЕН УВЕРЕННО БРАТЬ ИГРУШКИ, НАХОДЯСЬ В ЛЮБОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПОДОЛГУ ЗАНИМАТЬСЯ С НИМИ, ПЕРЕКЛАДЫВАЯ ИЗ РУКИ В РУКУ В (МЕС.)

+ 6

9

8

10

# СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ спазмофилии

гипервитаминоза D

рахита

гипотрофии

# НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

+ 1,1-1,4

0,2-0,7

3,0-3,3

2,2-2,7

# ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО

+ беспокойству, вздрагиванию

адинамии

анемии

плохому аппетиту

# АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л)

+ 76

106

96

56

# РЕБЁНОК ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СТОЯТЬ С (МЕС.)

+ 8

12

10

11

# РЕБЁНОК ДЕЛАЕТ ПЕРВЫЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ШАГИ С (МЕС.)

+ 12

9

10

14

# РЕБЁНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С (МЕС.)

+ 1.5

3

5

4

# РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ СО СПИНЫ НА ЖИВОТ С (МЕС.)

+ 4

6

7

8

# РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ С ЖИВОТА НА СПИНУ С (МЕС.)

+ 6

4

7

5

# РЕБЁНОК В 12 МЕСЯЦЕВ ПЬЕТ

+ самостоятельно из чашки, сам берѐт и держит еѐ руками

из бутылочки, которую держит взрослый, придерживая еѐ руками

из чашки, которую держит взрослый

из чашки, слегка придерживая еѐ руками

# ОСОБЕННОСТЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВЫХ 3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ физиологический гипертонус мышц верхних и нижних конечностей

гипотонус мышц верхних конечностей в сочетании с физиологическим гипертонусом мышц нижних конечностей

физиологический гипертонус мышц верхних конечностей в сочетании с гипотонусом мышц нижних конечностей

гипотонус мышц верхних и нижних конечностей

# КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПО \_\_\_\_\_ КРИТЕРИЯМ

+ 6

5

4

7

# ГРУПП ЗДОРОВЬЯ СУЩЕСТВУЕТ

+ 5

4

7

6

# РЕБЁНОК ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ЕСЛИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ БОЛЕЕТ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ \_\_\_\_\_\_ В ГОД

+ 4 раза

3 раза

5 раз

6 раз

# ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К \_\_\_\_\_ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

+ III

II

I

IV

# АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОВЕДЕН ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ НЕ ПОЗДНЕЕ ПЕРВЫХ \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

+ 3

5

6

9

# СРЕДНЯЯ МАССА РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 10-11

6-7

7-8

8-9

# ЭКГ ПЕРВЫЙ РАЗ ПРОВОДИТСЯ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 12

3

6

9

# УЗИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, СЕРДЦА И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРОВОДЯТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 1

3

6

9

# СКОРОСТЬ РОСТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА

+ уменьшается

увеличивается в 1,5 раза

увеличивается в 2 раза

увеличивается в 2,5 раза

# ДЛИНА ТЕЛА У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ (СМ)

+ 45

48

50

43

# НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ РОСТА РЕБЕНКА В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ОТМЕЧАЮТСЯ

+ на первом году жизни

в период первого «вытяжения»

в пубертатном периоде

в раннем возрасте

# СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 5

3

7

9

# ПЕРИОД ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК

+ 4-6 6-7

4-6 9-10

6-9 6-8

6-9 9-10

# ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК

+ 13-1610-12

11-12 8-10

13-16 8-10

8-10 10-12

# ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ЮНОШЕЙ В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К \_\_\_\_\_\_\_\_ ГОДАМ ЖИЗНИ

+ 18-19

15-17

20-22

22-24

# ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ДЕВУШЕК В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К \_\_\_\_\_\_\_\_ ГОДАМ ЖИЗНИ

+ 16-17

15-16

17-19

19-21

# ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

+ 800

600

400

1000

# ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

+ 400

200

600

800

# СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 4-5

2-3

6-7

8-9

# СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ У РЕБЁНКА В ПЯТЬ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 50-52

48-49

53-54

55-56

# ПРИ ОЦЕНКЕ СООТВЕТСТВИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОЗРАСТУ ЗА ОСНОВУ БЕРЕТСЯ ОЦЕНКА

+ длины тела

массы тела

окружности головы

окружности груди

# ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ

+ массы тела длине тела

длины тела массе тела

окружности головы росту

массы тела окружности головы

# БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТИЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАССЫ РЕБЕНКА ПО

+ росту (длине тела)

возрасту

окружности грудной клетки

окружности головы

# ВЫСОТА ГОЛОВЫ У ДВЕНАДЦАТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_ ЧАСТИ ОТ ДЛИНЫ ТЕЛА

+ 1/7

1/5

1/3

1/9

# СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ВЕРХНИМ И НИЖНИМ СЕГМЕНТАМИ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ

+ 1:1

0.5:1

1,5-1,75:1

2:1

# СРЕДНЕЙ ТОЧКОЙ ДЛИНЫ ТЕЛА СЧИТАЮТ ТОЧКУ

+ половины длины туловища

между верхним и нижним сегментами

половины верхнего сегмента

половины нижнего сегмента

# ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

+ состояния питания

пропорциональности телосложения

физического развития в целом

биологического возраста

# БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ

+ совокупность признаков достигнутого развития организма в целом на данном возрастном этапе

совокупность функциональных признаков

совокупность антропометрических признаков

диспропорциональность в развитии систем органов на данном возрастном этапе

# КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

+ число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела

вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела

психомоторное развитие, вторичные половые признаки, показатели длиныи массы тела, количество молочных зубов

количество постоянных зубов, число ядер окостенения, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела

# КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

+ число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, показатели физического развития

число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество молочных зубов, показатели физического развития

число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие

число ядер окостенения, количество молочных зубов, показатели физического развития, психомоторное развитие

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

+ не более 3 групп

5-6 групп

в каждой группе с одной стороны до 3-5

в каждой группе с одной стороны до 5-6

# ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ тонкий эпидермис

плотная связь между эпидермисом и дермой

недостаточное кровоснабжение

достаточное развитие зернистого слоя эпидермиса

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ несовершенство терморегуляции через кожу

сниженная резорбционная функция

низкая интенсивность дыхательной функции

зрелость регуляции температуры тела через кожу

# ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ПЕРЕГРЕВАНИЮ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

+ несовершенством регуляции температуры тела через кожу

недостаточным кровоснабжением

слабым развитием подкожного жира

повышенным потоотделением

# ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/КГ)

+ 130-150

40-50

70-80

160-170

# ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/КГ)

+ 70-80

40-50

90-100

110-130

# ДНЕВНОЙ СОН У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПОСЛЕ (ГОД)

+ 6-7

4-5

2-3

8-10

# ЗАХВАТЫВАТЬ, А ПОТОМ УДЕРЖИВАТЬ В РУКЕ ИГРУШКУ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 4-5

1-2

7-8

11-12

# СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЁГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ повторными бронхитами, пневмониями

одышечно-цианотическими приступами

стойкой артериальной гипертонией

ослаблением II тона на лѐгочной артерии

# СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЁГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ акцентом II тона на лѐгочной артерии

ослаблением II тона на лѐгочной артерии

одышечно-цианотическими приступами

стойкой артериальной гипертонией

# ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЁГКИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ открытый артериальный проток

стеноз аорты

стеноз лѐгочной артерии

коарктация брюшной аорты

# ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

+ стеноз лѐгочной артерии

дефект межжелудочковой перегородки

открытый артериальный проток

стеноз аорты

# ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ стеноз лѐгочной артерии

открытый артериальный проток

дефект межжелудочковой перегородки

дефект межпредсердной перегородки

# ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ коарктация аорты

дефект межжелудочковой перегородки

открытый артериальный проток

дефект межпредсердной перегородки

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

+ влажный кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в лѐгких

увеличение печени, селезенки

отеки стоп и голеней

акроцианоз, сухие хрипы в лѐгких

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

+ одышка, тахикардия

увеличение печени, селезенки

отеки стоп и голеней

акроцианоз, сухие хрипы в лѐгких

# ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

+ акроцианоз, тахикардия

влажные мелкопузырчатые хрипы в лѐгких, влажный кашель

запах ацетона изо рта, центральный цианоз

влажный кашель, брадикардия

# ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ

+ учащение пульса на 20-25%

урежение пульса на 20-50%

отсутствие изменения частоты пульса

учащение пульса на 40-50%

# ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

+ толщину стенок желудочков

проводящую систему сердца

локализацию шумов

фазовый анализ систолы желудочков

# ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

+ форму и движение створок клапанов

локализацию шумов

проводящую систему сердца

фазовый анализ систолы желудочков

# ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ дыхательная аритмия

приглушенность тонов

ритм галопа

экстрасистолия

# ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ большая звучность тонов

приглушенность тонов

экстрасистолия

ритм галопа

# РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

+ размеры и конфигурацию сердца

участки воспаления

сократительную способность миокарда

насыщение миокарда кислородом

# РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

+ кардио-торакальный индекс

насыщение миокарда кислородом

сократительную способность миокарда

участки воспаления

# ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

+ внезапной кратковременной потери сознания (синкопе), резкой бледности

гематурии, повышении артериального давления

отеках, повышении температуры тела

болях в животе, диспепсических явлениях

# ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

+ ощущении сердцебиения и/или перебоев в области сердца

повышении температуры тела

гематурии, отеках

повышении артериального давления

# СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

+ появлением к вечеру

появлением вначале на лице

отеком шеи

появлением утром

# СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

+ появлением вначале на стопах и голенях

появлением вначале на лице

отеком шеи

появлением утром

# У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ НА

+ лице, лобке и половых органах

стопах и голенях

затылке

в области плечевого пояса

# ПРИ АКРОЦИАНОЗЕ СИНЮШНОСТЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ

+ кончиков пальцев рук

вокруг глаз

области локтевых сгибов

области носогубного треугольника

# ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ кнутри от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

кнаружи от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

над ключицей

под ключицей

# ПРИ ЛЕГКОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

+ 110-90

89-80

88-60

40-59

# ПРИ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_ Г/Л

+ 89-70

90-110

91-80

40-59

# ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_\_\_ Г/Л

+ 70

80

90

40

# ЛЕЙКОЦИТОЗОМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ СВЫШЕ \_\_\_\_ ×109/Л

+ 10

8

9

11

# ЛЕЙКОЦИТОЗОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ СВЫШЕ \_\_\_\_ ×109/Л

+ 12

11

10

9

# ЛЕЙКОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ \_\_\_\_ ×109/Л

+ 6,0

5,0

4,0

3,0

# ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ \_\_\_\_ ×109/Л

+ 150

130

110

100

# НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ бактериальных инфекциях

вирусных инфекциях

железодефицитной анемии

лечении цитостатиками

# НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ лечении кортикостероидами

вирусных инфекциях

железодефицитной анемии

лечении цитостатиками

# НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ сепсисе

анемии

вирусных гепатитах

лечении цитостатиками

# НЕЙТРОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ НИЖЕ \_\_\_\_ ×109/Л

+ 1,5

2,0

3,0

0,7

# ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ вирусных инфекциях

острых бактериальных инфекциях

хронических воспалительных заболеваниях

сепсисе

# ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ коклюше

дефицитных анемиях

хронических воспалительных заболеваниях

сепсисе

# ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ глистных инвазиях

бактериальных инфекциях

антибактериальной терапии

гормональной терапии

# ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ аллергических заболеваниях

бактериальных инфекциях

антибактериальной терапии

гемолитических анемиях

# ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_ ×109/Л

+ 100

150

200

300

# ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

+ остром лейкозе

геморрагическом васкулите

железодефицитной анемии

гемолитической анемии

# ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

+ тромбоцитопенической пурпуре

геморрагическом васкулите

железодефицитной анемии

гемолитической анемии

# ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

+ апластической анемии

геморрагическом васкулите

гемофилии А

гемолитической анемии

# ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ опухолевых процессах

апластической анемии

гемолитической анемии

гемофилии А

# ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМ

+ гемолитический

гипертензионный

судорожный

отечный

# ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМ

+ анемический

гипертензионный

судорожный

мальабсорбции

# ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СИНДРОМ

+ геморрагический

гипертензионный

судорожный

отечный

# ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ бледность кожи и видимых слизистых оболочек с желтушным оттенком

бледность кожи и слизистых оболочек

стойкое повышение температуры тела

увеличение лимфатических узлов

# ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гепато- и спленомегалия

бледность кожи

обесцвечивание кала

увеличение лимфатических узлов

# ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ тѐмная окраска мочи и кала

бледность кожи и слизистых оболочек

стойкое повышение температуры тела

увеличение лимфатических узлов

# ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гиперкалиемия

гипокалиемия

гипопротеинемия

гипомагниемия

# ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ непрямая гипербилирубинемия

гипернатриемия

гиперхолестеринемия

прямая гипербилирубинемия

# ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гиперретикулоцитоз

гипокалиемия

прямая гипербилирубинемия

гиперкальциемия

# ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ одышкой

лихорадкой

бледностью

гипертензией

# ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ гипотензией

лихорадкой

бледностью

диареей

# ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ тахикардией

лихорадкой

гипертензией

бледностью

# МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ тромбоцитопатии

гемофилии

анемии

васкулита

# МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ тромбоцитопении

анемии

васкулита

гемофилии

# АРАХНОДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

+ длинные и тонкие пальцы

изменение формы пальцев

укорочение пальцев

сращение пальцев

# МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

+ петехий

папул

гематом

гемартрозов

# ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

+ гематом

экхимозов

петехий

папул

# ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

+ кровоизлияний в суставы и мышцы

множественных экхимозов

единичных петехий

паулезной сыпи

# ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

+ посттравматических кровотечений

единичных экхимозов

папулезной сыпи

множественных петехий

# ГЕМАТОМНЫЙ ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ коагулопатий

тромбоцитопатий

тромбоцитопений

васкулита

# ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

+ обширность и глубину геморрагической сыпи на коже и слизистых оболочках

выраженность сердечной и дыхательной недостаточности

выраженность болевого синдрома и цвет кожных покровов

степень обезвоживания, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания

# ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

+ степень и скорость кровопотери

выраженность сердечной недостаточности

выраженность отеков

степень обезвоживания

# ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

+ степень снижения активности факторов свертывающей системы

выраженность сердечной недостаточности

выраженность болевого синдрома

степень обезвоживания

# СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ гемолитической анемии

тромбоцитопенической пурпуре

гемофилии А

железодефицитной анемии

# СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ остром лейкозе

тромбоцитопенической пурпуре

гемофилии А

болезни Виллебранда

# СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ мегалобластической анемии

тромбоцитопенической пурпуре

гемофилии А

болезни Виллебранда

# РЕГИОНАРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

+ болезни «кошачьей царапины»

острого аппендицита

гемолитической анемии

острого лейкоза

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ острых и хронических инфекционных заболеваний

диффузных болезней соединительной ткани

болезни «кошачьей царапины»

врожденных гемолитических анемий

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ хронической туберкулезной интоксикации

диффузных болезней соединительной ткани

болезни «кошачьей царапины»

наследственных гемолитических анемий

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ острого лейкоза

диффузных болезней соединительной ткани

болезни «кошачьей царапины»

наследственных коагулопатий

# ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ пятно

чешуйка

эрозия

ссадина

# ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ волдырь

рубец

атрофия

эрозия

# К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

+ папулы

трещины

вегетации

экскориации

# ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ узел

корка

депигментация

гиперпигментация

# ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ эрозия

пузырѐк

волдырь

узел

# ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ трещина

папула

везикула

пятно

# ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ рубец

бугорок

пустула

узел

# БЛЕДНОСТЬ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ анемии

психическом возбуждении

печеночной недостаточности

физической нагрузке

# БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ отеках

эмоциональном возбуждении

физической нагрузке

повышении температуры воздуха

# ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ фиброэластометрия

фиброгастродуоденоскопия

лапароскопия

гепатобилисцинтиграфия

# ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЦЕЛИАКИЯ» ПРОВОДИТСЯ БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ

+ тощей

повздошной

ободочной

прямой

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРОВОДИТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПРОБА

+ потовая

клонидиновая

дексаметазоновая

инсулиновая

# ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 20

30

80

120

# НОРМА БЕЛКА В МОЧЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА С ПИРОГАЛЛОЛОВЫМ КРАСНЫМ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (Г/Л)

+ 0,1

0,3

0,5

0,4

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УСТАНОВЛЕН МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫЙ (ЦЕНТИЛЬ)

+ 95

50

75

99

# К ЛЁГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЛЁГКОГО

+ абсцесс

киста

гипоплазия

опухоль

# ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

+ грубый «лающий кашель» с изменением голоса

удлинение выдоха

сухой кашель ночью

продуктивный кашель с большим количеством мокроты

# ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНОМАЛИЮ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

+ рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта

радиоизотопное исследование желудочно-кишечного тракта с коллоидом

ультразвуковое исследование органов брюшной полости

колоноскопию

# ЭЗОФАГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ

+ за грудиной

в эпигастрии

в правой подреберье

в левом подреберье

# НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

+ забросе желудочного содержимого в пищевод

повышении кислотности желудочного содержимого

забросежелчи в желудок

дискинезии желчевыводящих путей

# ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ хронический гепатит

каротиновая желтуха

гастрит

синдром Жильбера

# ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ ирригографией (скопией)

ректороманоскопией

фиброгастроскопией

колоноскопией

# ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ

+ язвенном колите и болезни Крона

спастическом запоре

проктосигмоидите и обнаружении геморроидальных узлов

дизентерии

# АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТ

+ ирригография (скопия)

фиброгастроскопия

ректороманоскопия

рентгенография брюшной полости

# ДЛЯ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

+ гипергликемия

гипокалиемия

высокий удельный вес мочи

гиперхолестеринемия

# ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ повышение тетрайодтирокина (Т4)

повышение тиреотрипного гормона (ТТГ)

повышение холестерина

снижение глюкозы

# ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

+ гипокальциемия

гиперкальциемия

гипофосфатемия

снижение щелочной фосфатазы (ЩФ)

# ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ХАРАКТЕРА

+ нейтрофильного

лимфоцитарного

моноцитарного

эозинофильного

# НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЕЙ\_\_\_\_\_\_\_\_\_МГ/М2/ЧАС

+ 40

10

20

80

# КРИТЕРИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)

+ 2,6

3,5

2,9

3,9

# ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ физиологической желтухе

синдроме сгущения желчи

семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазе

атрезии желчевыводящих путей

# ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ врожденный порок сердца

бронхолегочная дисплазия

острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)

«спортивное сердце»

# О БРАДИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ГОВОРЯТ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ЧСС МЕНЕЕ (УД/МИН)

+ 100

90

80

70

# КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕЯ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 10 ЛЕТ

+ <70 mmHg + [возраст ребенка в годах × 2], mmHg

≥70 mmHg + [возраст ребенка в годах × 3], mmHg

≤25 процентиля

≤ 50 процентиля

# ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ОЛИГУРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ

+ гиперкалиемия

гипернатриемия

гипокалиемия

гипогликемия

# НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ эзофагогастродуоденоскопия

дыхательный уреазный тест

фракционное желудочное зондирование

анализ кала на скрытую кровь

# ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ повышение уровня мочевины и креатинина

повышение уровня С-реактивного белка

гипергликемия

гиперальбуминемия

# ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ УГРОЗЫ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гиперкалиемия

повышение мочевины в крови

гипернатрийемия

гипергликемия

# ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА РАЗВИТЫ НЕДОСТАТОЧНО У ДЕТЕЙ

+ раннего возраста

старшего возраста

дошкольников

школьников

# ПОВЫШЕННАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ, НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ И ХРЯЩЕВОГО КАРКАСА ТРАХЕИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВОЗРАСТА

+ грудного

дошкольного

младшего школьного

старшего школьного

# РЕДКОЕ РАЗВИТИЕ СИНУСИТОВ, ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ ПРИ РИНИТАХ, ЯВЛЯЕТСЯ ОСОБЕННОСТЬЮ СТРОЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

+ раннего возраста

старшего возраста

младшего школьного

подростков

# ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОФОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

+ аускультации

пальпации

перкуссии

осмотра

# НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НОСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВОЗРАСТА

+ раннего

дошкольного

младшего школьного

старшего школьного

# РАЗВИТИЮ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ

+ недоразвитие эластической ткани

обильное кровоснабжение лѐгких

узость просвета бронхов

недоразвитие мышечной ткани

# КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКРЙ КРОВИ ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_×109

+ 10-30

4-5

5-7

7-10

# СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

+ 180-240

100-130

130-160

240-280

# МАКСИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, ВЫШЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОЦИТОЗЕ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_ ×109/Л

+ 11,0-12,0

9,0-10,0

13,0-14,0

15,0-16,0

# МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

+ 1-4

5-7

7-9

9-11

# СОДЕРЖАНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ В КРОВИ РЕБЕНКА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ ×1012/Л

+ 5,0-6,5

3,5-4,5

4,5-5,0

6,5-10,0

# ОБЫЧНО КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ ПРЕВЫШАЕТ 18- 20×109/Л У НОВОРОЖДЕННОГО НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ ЖИЗНИ

+ 1-5

5-10

10-14

15-20

# СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА F В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 60

100

80

40

# СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА А В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 40

20

60

80

# ПЕРВЫЙ «ПЕРЕКРЕСТ» ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ \_\_\_\_\_\_\_\_ ДЕНЬ ЖИЗНИ

+ 4-5

1-3

7-9

10-12

# ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (МИН)

+ 2-4

5-7

8-9

10-12

# СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ (ПО ПАНЧЕНКОВУ) ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ

+ у новорожденных замедлена

у новорожденных ускорена

имеет тенденцию к ускорению к 1 году

одинакова по сравнению со взрослыми

# МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_×109/Л

+ 6,0

4,0

5,0

7,0

# МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_×109/Л

+ 4,0

3,0

5,0

6,0

# ПЕРВЫМИ КЛЕТКАМИ КРОВИ (В КРОВЯНЫХ ОСТРОВКАХ ЖЕЛТОЧНОГО МЕШКА И В ХОРИОНЕ) ЯВЛЯЮТСЯ

+ Мегалобласты

Мегакариоциты

Блуждающие клетки

Гемоцитобласты

# О ГИПОТОНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ГОВОРИТЬ

+ поза распластанного на столе ребенка

прижатые к телу руки

прижатые к телу ноги

запрокидывание головы

# СИМПТОМЫ: СЖАТЫЕ В КУЛАК ПАЛЬЦЫ, ПЛАВНИКОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РУК, «КОГТИСТАЯ ЛАПА» У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

+ гипертонуса мышц

гипотонии мышц

дистонии мышц

атонии мышц

# АТЕТОЗНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РУК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

+ гипертонуса мышц

гипотонии мышц

дистонии мышц

атонии мышц

# ДЛЯ СУЖДЕНИЯ О МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ проба на тракцию

проба Руфье

проба Лебедева

клино-статическая проба

# КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ГОВОРЯТ О МЫШЕЧНОМ РАСПАДЕ

+ креатинфосфокиназа

билирубин

холестерин

мочевина

# НЕДОРАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

+ микрогнатией

микрогенией

прогнатией

прогенией

# ЧРЕЗМЕРНОЕ РАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

+ прогенией

микрогенией

прогнатией

микрогнатией

# НЕДОРАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

+ микрогенией

прогенией

прогнатией

микрогнатией

# ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВПЕРЕД НАЗЫВАЮТ

+ лордозом

кифозом

сколиозом

спондилезом

# ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАЗАД НАЗЫВАЮТ

+ кифозом

лордозом

сколиозом

спондилезом

# ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СТОРОНУ НАЗЫВАЮТ

+ сколиозом

кифозом

спондилезом

лордозом

# ПРИЧИНОЙ МИКРОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ внутриутробное недоразвитие головного мозга

рахит

водянка головного мозга

травма черепа

# ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

+ сроки появления точек окостенения

уровень Са и Р в крови

физиологические искривления позвоночника

уровень развития мышечной силы

# ШЕЙНЫЙ ЛОРДОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 2-3

5-6

9-10

11-12

# ГРУДНОЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 5-6

2-3

9-10

11-12

# ПОЯСНИЧНЫЙ ЛОРДОЗ И КРЕСТЦОВЫЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 9-10

5-6

2-3

11-12

# ПРИ НОРМОСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

+ равен 90

меньше 90

больше 90

равен 60

# ПРИ ГИПЕРСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

+ больше 90

меньше 90

равен 90

равен 60

# ПРИ АСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

+ меньше 90

больше 90

равен 90

равен 60

# КОЛИЧЕСТВО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – ВОЗРАСТ РЕБЕНКА В ГОДАХ)

+ 4n-20

n-10

2n-10

4n-10

# ПРИКУС МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ФОРМИРУЕТСЯ К (ГОД)

+ 3,5

1,5

4

5

# ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ОКРУГЛЕНИЯ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

+ 1-4

2-5

3-6

4-8

# ВТОРОЙ ПЕРИОД ОКРУГЛЕНИЯПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

+ 8-10

4-8

10-13

14-16

# КАКОЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРЕН В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (СМ)

+ 25

15

30

20

# ЕЖЕГОДНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 2 ДО 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 2

1

3

4

# В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РОСТ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ 100 СМ

+ 4 года

3 лет

5 лет

7 лет

# РОСТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К ГОДУ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 75-80

65-70

80-85

60-65

# КАКАЯ ЧАСТЬ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВЕТВОРНЫМ ОРГАНОМ

+ красный костный мозг

желтый костный мозг

надкостница

хрящ

# ОБЪЕМ СЕРДЦА К 16 ГОДАМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В\_\_\_РАЗ/РАЗА

+ 3-3,5

2-3

4-4,5

5-6

# АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ К

+ 3-4 месяцу жизни

1-2 дню жизни

10-12 месяцам жизни

30 дню жизни

# ПУЛЬС У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_ УДАРОВ В МИНУТУ

+ 140-160

160-180

100-120

80-100

# ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЙ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНА \_\_\_\_\_\_\_\_ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

+ повышением тонуса симпатической

повышением тонуса парасимпатической

снижением тонуса симпатической

снижением тонуса парасимпатической

# ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЮТ РАЗЛИТЫМ, ЕСЛИ ЕГО ПЛОЩАДЬ БОЛЕЕ (СМ2)

+ 1,5-2

0,5-1,5

2-3

3-4

# ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ В СЕРДЦЕ У РЕБЕНКА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

+ поражении оболочексердца

физическихнагрузках

психоэмоциональных нагрузках

нарушении коронарного кровотока

# НАБУХАНИЕ И ПУЛЬСАЦИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

+ правожелудочковой сердечной недостаточности

левожелудочковой сердечной недостаточности

синдрома вегетативной дистонии

артериальной гипертензии

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В ЭПИГАСТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛЯТАЦИИ

+ правого желудочка

левого желудочка

правого предсердия

левого предсердия

# ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ неравномерная сила пульсовой волны

ускорение или замедлениеритма

снижение или увеличение силы пульсовой волны

дефицит пульса

# «ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА» ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ

+ ЧСС и частотой пульса

величиной пульсового давления и частотой пульса

частотой пульса на вдохе и выдохе

частотой дыхания и частотой пульса

# РЕЗКО УСИЛЕННЫЙ 1 ТОН НА ВЕРХУШКЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

+ полной атриовентрикулярной блокады

полной сино-аурикулярной блокады

внутрижелудочковой блокады

внутрипредсердной блокады

# АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

+ легочной гипертензии

стенозе легочной артерии

коарктации аорты

недостаточности аортального клапана

# ВЫЯВЛЯЕМОЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА РАСЩЕПЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ ОБУСЛОВЛЕНО НЕСИНХРОННЫМ

+ закрытием митрального и трехстворчатого клапанов

закрытием аортального клапана и клапана легочной артерии

открытием митрального и трехстворчатого клапанов

открытием аортального клапана и клапана легочной артерии

# ПУЛЬСАЦИЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ВДОХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ

+ правого желудочка

левого желудочка

правого предсердия

левого предсердия

# МИТРАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ

+ левого предсердия

левого желудочка

правого предсердия

правого желудочка

# АОРТАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ

+ левого желудочка

левого предсердия

правого желудочка

правого предсердия

# СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА ВВЕРХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

+ митрального клапана

аортального клапана

клапана легочной артерии

трикуспидального клапана

# АУСКУЛЬТАЦИЮ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПО ТОЧКАМ ПРОЕКЦИИ КЛАПАНОВ

+ митрального, аортального, лѐгочной артерии, трехстворчатого и в точке Боткина Эрба

аортального, трехстворчатого, лѐгочной артерии, митрального и в точке Боткина Эрба

лѐгочной артерии, митрального, аортального, трехстворчатого, в точка Боткина Эрба

митрального, лѐгочной артерии, аортального, трехстворчатого, в точке Боткина Эрба

# ПРИ ПОРАЖЕНИИ МИОКАРДА ВОЗМОЖНО ИЗМЕНЕНИЕ ЗВУЧНОСТИ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ В ВИДЕ

+ ослабления

усиления

раздвоения

трехчленного ритма

# ПРИ ПОРАЖЕНИИ КЛАПАНА АОРТЫ АУСКУЛЬТАТИВНО ОТМЕЧАЕТСЯ ОСЛАБЛЕНИЕ 2 ТОНА В

+ втором межреберье справа от грудины

втором межреберье слева от грудины

четвѐртом межреберье слева по среднеключичной линии

четвѐртом межреберье слева у края грудины

# АКЦЕНТ 2 ТОНА НА ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

+ здоровых детей в возрасте 3-12 лет

новорожденных

детей первого года жизни

детей в возрасте 13-18 лет

# АКЦЕНТ 2 ТОНА НА ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ГИПЕРТЕНЗИИ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

+ дефекте в межжелудочковой перегородки

стенозе клапана лѐгочной артерии

стенозе аортального клапана

стенозе трикуспидального клапана

# ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА ОТ 2 ДО 6 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА СЛЕВА В

+ 2 межреберье

2 ребро

3 ребро

3 межреберье

# ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ

+ 3 межреберья

2 межреберья

3 ребра

2 ребра

# ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА РАСПОЛОЖЕНА

+ по правой парастернальной линии

кнутри от парастернальной линии

на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями

по правому краю грудины

# ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 2-6 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

+ кнутри от парастернальной линии

по правой парастернальной линии

на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями

по правому краю грудины

# ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 7-12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

+ на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями

кнутри от парастернальной линии

по правой парастернальной линии

по правому краю грудины

# ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

+ по правому краю грудины

на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями

кнутри от парастернальной линии

по правой парастернальной линии

# ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ШУМ

+ систолический на верхушке сердца с проведением в подмышечную областьслева

диастолический на основании сердца без проведения

протодиастолический во втором межреберье слева от грудины

систоло-диастолический машинный во втором межреберье справа от грудины

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СКРЕБУЩИЙ НЕГРОМКИЙ ШУМ

+ не связанныйс фазами сокращения сердца

протодиастолический

систоло-диастолический

систолический

# ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

+ выраженной пульсации в эпигастрии

усиленной пульсации сонных артерий (пляска каротид)

визуально определяемого сердечного толчка

визульно определяемого верхушечного толчка

# ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ

+ снижено более чем на 20 мм рт.ст

повышено более чем на 20 мм рт.ст

одинаково

снижено на 10-20 мм рт. ст

# КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ РЕБЕНКА С ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

+ цианотичные

субиктеричные

бледные

гиперемированы

# К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СЛЕВА НАПРАВО (С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

+ дефект межжелудочковой перегородки

транспозицию магистральных сосудов

стеноз легочной артерии

тетраду Фалло

# К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО (С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

+ тетрада Фалло

коарктацию аорты

дефект межжелудочковой перегородки

открытый артериальный проток

# ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ грубый систоло-диастолический шум

скребущий систолический шум

мягкий дующий систолический шум

грубый протодиастолический шум

# ЗАКЛАДКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА \_\_\_ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

+ 1-2

3-4

5-6

7-8

# НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА \_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛЮ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

+ 10-18

2-5

5-12

15-25

# НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА \_\_\_\_ ГОД ЖИЗНИ

+ 1

1-5

6-10

12-15

# К РОЖДЕНИЮ РЕБЁНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кора головного мозга

спинной мозг

продолговатый мозг

стрио-паллидарная система

# ЧИСЛО НЕРВНЫХ КЛЕТОК МОЗГА У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К \_\_\_ ГОДАМ ЖИЗНИ

+ 1-1,5

3-5

6-8

10-12

# ДИФФЕРЕНЦИРОВКА НЕРВНЫХ КЛЕТОК КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАВЕРШАЕТСЯ К\_\_\_ ГОДАМ ЖИЗНИ

+ 3

5

12

15

# МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ЗАВЕРШАЕТСЯ К (ГОД)

+ 3-5

1-2

7-10

15

# ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО

+ обильным кровоснабжением головного мозга

ограниченным кровоснабжением головного мозга

высокими темпами развития ЦНС

ранней миелинизацией нервных волокон

# ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО

+ гидрофильностью нервной ткани

ограниченным кровоснабжением головного мозга

высокими темпами развития ЦНС

ранней миелинизацией нервных волокон

# ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО

+ ограниченным оттоком крови от головного мозга

ограниченным кровоснабжением головного мозга

высокими темпами развития ЦНС

ранней миелинизацией нервных волокон

# СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К (ГОД)

+ 3

5

10

15

# ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА

+ спонтанные

целенаправленные

координированные

безусловные

# ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА

+ хаотичные

целенаправленные

координированные

безусловные

# ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА

+ атетозоподобные

целенаправленные

координированные

безусловные

# К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

+ роговичный

сосательный

хватательный

хоботковый

# К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

+ глотательный

сосательный

хватательный

хоботковый

# К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

+ конъюктивальный

сосательный

хватательный

хоботковый

# К ТРАНЗИТОРНОМУ ВРОЖДЁННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

+ сосательный

глотательный

роговичный

конъюктивальный

# БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЁННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ (МЕС.)

+ 3-5

1

1-2

6-12

# ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 5 МЕСЯЦЕВ

+ берѐт игрушку, удерживает в руке

стоит при поддержке подмышки

устойчиво сидит, ползает

берѐт в руку игрушку, размахивает ею

# ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 12 МЕСЯЦЕВ

+ начинает самостоятельно ходить

приседает, наклоняется

перешагивает через препятствие

самостоятельно ест ложкой

# ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 12 МЕСЯЦЕВ

+ произносит около 10 слов

приседает, наклоняется

перешагивает через препятствие

самостоятельно ест ложкой

# СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ОЗНАЧАЕТ

+ понимание речи

накопление словарного запаса

активную речь

поисковую зрительную реакцию

# ПРИЗНАКОМ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ У РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

+ связывание слова с определѐнным предметом

произнесение отдельных слов

связывание слов в предложение

накопление словарного запаса

# СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ СЕНСОРНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (МЕС.)

+ 7-8

3-4

9-10

11-12

# СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ МОТОРНОЙ (АКТИВНОЙ) РЕЧИ (МЕС.)

+ 10-12

8-9

12-14

18-24

# К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

+ тоническое напряжения мышц

западение родничка

нижний рефлекс Ландау

гипотония

# К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

+ симптом Кернига

западение родничка

нижний рефлекс Ландау

гипотония

# К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

+ ригидность мышц затылка

западение родничка

нижний рефлекс Ландау

гипотония

# К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

+ симптом Лесажа

западение родничка

нижний рефлекс Ландау

гипотония

# К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

+ симптомы Брудзинского

западение родничка

нижний рефлекс Ландау

гипотония шейных мышц

# У РЕБЁНКА ОСНОВНЫЕ ЭМОЦИИ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОД)

+ 3-4

1-2

2-3

4-5

# КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ЛАДОНИ РЕБЕНКА ВБЛИЗИ ТЕНОРОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОТКРЫВАНИЕМ РТА

+ ладонно-ротовой

поисковый

хватательный

Робинсона

# КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОГЛАЖИВАНИИ КОЖИ В ОБЛАСТИ УГЛА РТА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОПУСКАНИЕМ ГУБЫ, ОТКЛОНЕНИЕМ ЯЗЫКА И ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ РАЗДРАЖИТЕЛЯ

+ поисковый

хоботковый

хватательный

лабиринтный

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ симметричный шейный тонический

Переса

Галанта

орбикулопальпебральный

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ асимметричный шейный тонический

Переса

Галанта

орбикулопальпебральный

# КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ПОДОШВУ У ОСНОВАНИЯ II – III ПАЛЬЦЕВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ПОДОШВЕННЫМ СГИБАНИЕМ

+ нижний хватательный

Бауэра

Бабинского

подошвенный

# ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

+ соответствие их возрасту ребенка

связь со временем суток

время появления и угасания рефлекса

сила ответа на раздражение

# ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

+ симметричность

связь со временем суток

время появления и угасания рефлекса

сила ответа на раздражение

# ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

+ наличие или отсутствие

связь со временем суток

время появления и угасания рефлекса

сила ответа на раздражение

# К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ роговичный

сосательный

поисковый

опоры

# К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ конъюнктивальный

сосательный

поисковый

опоры

# КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПАССИВНОМ СГИБАНИИ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, С ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПОВЫШЕНИЕМ ТОНУСА СГИБАТЕЛЕЙ РУК И РАЗГИБАТЕЛЕЙ НОГ

+ симметричный шейный тонический

туловищный выпрямительный

лабиринтный тонический

асимметричный шейный тонический

# У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ РЕФЛЕКС

+ Моро

Ландау

Кернига

Брудзинского

# У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ РЕФЛЕКС

+ хватательный

Ландау

Кернига

Брудзинского

# РЕБЕНОК ДОЛЖЕН ХОРОШО ПОДНИМАТЬ ГРУДЬ, ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ, ОПИРАЯСЬ НА ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ К ВОЗРАСТУ (МЕС.)

+ 3- 4

6-8

до 2

4–6

# КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПО ПОВЕРХНОСТИ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ РЕБЕНОК, НЕДАЛЕКО ОТ ЕГО ГОЛОВЫ ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВЕДЕНИЕМ РУК В СТОРОНЫ И ОХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК

+ Моро

Галанта

поисковый

хватательный

# РЕБЁНОК ПОЛЬЗУЕТСЯ «НОЖНИЦЕОБРАЗНЫМ» ЗАХВАТОМ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 9-10

10-11

8-9

11-12

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ сосательный

орбикулопальпебральный

роговичный

опоры

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ ладонно–ротовой

орбикулопальпебральный

роговичный

опоры

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ поисковый

орбикулопальпебральный

роговичный

опоры

# РАЗВИТИЕ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ И ОКОНЧАНИЙ ПРОИСХОДИТ

+ в цефало-каудальном направлении

особенно энергично во втором полугодии жизни

центробежно

в подростковом периоде

# РАЗВИТИЕ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ И ОКОНЧАНИЙ ПРОИСХОДИТ

+ центростремительно

особенно энергично во втором полугодии жизни

центробежно

в подростковом периоде

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ, ПРИ КОТОРОМ ОН РАЗГИБАЕТ И ПОДНИМАЕТ НОГИ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ нижний Ландау

опоры

лабиринтный тонический

автоматической ходьбы

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА СПИНЕ С СОГНУТОЙ НОГОЙ ПОД УГЛОМ 90 ГРАДУСОВ В КОЛЕННОМ И ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВАХ, КОГДА НЕ УДАЕТСЯ ДОБИТЬСЯ ПОЛНОГО РАЗГИБАНИЯ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ Кернига

Бабинского

Бауэра

Бабкина

# К 2-3 МЕСЯЦАМ ЖИЗНИ ИСЧЕЗАЕТ РЕФЛЕКС

+ Бабкина

Моро

Ландау

Галанта

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПАЛЬЦЕМ ПО ГУБАМ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОКРАЩЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ВЫТЯГИВАНИЕМ ГУБ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ хоботковый

тонический

поисковый

хватательный

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ВКЛАДЫВАНИИ ПАЛЬЦЕВ В ЛАДОНИ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК, НАЗЫВАЕТСЯ

+ верхний хватательный

поисковый

ладонно-ротовой

хоботковый

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОВОРОТЕ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, С УМЕНЬШЕНИЕМ ТОНУСА КОНЕЧНОСТЕЙ, К КОТОРЫМ ОБРАЩЕНО ЛИЦО И ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ асимметричный шейный тонический

лабиринтный тонический

симметричный шейный тонический

туловищная выпрямительная реакция

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ С ПОДНИМАНИЕМ ГОЛОВЫ, ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ТУЛОВИЩА, С ОПОРОЙ НА РУКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ верхний Ландау

опоры

лабиринтный

асимметричный шейный тонический

# РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ШТРИХОВОМ РАЗДРАЖЕНИИ ПОДОШВЫ ПО НАРУЖНОМУ КРАЮ СТОПЫ В НАПРАВЛЕНИИ ОТ ПЯТКИ К ПАЛЬЦАМ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ТЫЛЬНОГО РАЗГИБАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА И ВЕЕРООБРАЗНОГО РАСХОЖДЕНИЯ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ, НАЗЫВАЕТСЯ

+ рефлексом Бабинского

рефлексом Бауэра

рефлексом опоры

подошвенным рефлексом

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ Моро

Бабкина

Робинсона

Бабинского

# К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

+ опоры

лабиринтный

Робинсона

Бабинского

# НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛЕЖАТ В СЛЕДУЮЩЕМ ДИАПАЗОНЕ ЦЕНТИЛЕЙ

+ 25-75

3-97

10-80

15-75

# ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛИТСЯ ДО \_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ

+ 4

6

2

3

# ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

+ от 1 до 3

от 2 до 6

от 1 до 5

от 0,5 до 2

# ДОШКОЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ НАЗЫВАЮТ ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ (ГОД)

+ от 3 до 7

от 2 до 6

от 4 до 8

от 1 до 7

# НАИБОЛЬШАЯ СКОРОСТЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В

+ грудном возрасте

периоде новорожденности

дошкольном

школьном

# ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 25

30

15

20

# ДЛИНА ТЕЛА РЕБЁНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 75

80

65

70

# СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ ТЕЛА В 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ (СМ)

+ 130

140

110

120

# ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У МАЛЬЧИКОВ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

+ 13-16

15-17

8-10

11-12

# ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У ДЕВОЧЕК ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

+ 10-12

13-16

15-17

8-10

# У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ (ГРАММ)

+ 2500

2800

2000

2300

# МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДНЮ ЖИЗНИ

+ 3-5

6-7

8-10

1-2

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 3-6

5-8

8-10

1-2

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

+ потери воды через кожу

удаления сыровидной смазки

кормления грудью

докармливания в первые дни жизни

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

+ потери воды через лѐгкие при дыхании

удаления сыровидной смазки

кормления грудью

докармливания в первые дни жизни

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

+ выделения мекония и мочи

удаления сыровидной смазки

кормления грудью

докармливания в первые дни жизни

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

+ выделения мочи

удаления сыровидной смазки

кормления грудью

докармливания в первые дни жизни

# ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К \_\_\_\_\_\_ ДНЮ ЖИЗНИ

+ 7-10

10-14

14-21

5-7

# СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА РЕБЁНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 10

12

8

9

# ПЕРИОД ПЕРВОГО «ОКРУГЛЕНИЯ» ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

+ 1-3

3-5

6-8

8-10

# СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 34-36

30-32

32-34

36-38

# НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ ПРИРОСТА ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ ОТМЕЧАЮТСЯ

+ в первой четверти 1 года жизни

во второй четверти 1 года жизни

во втором полугодии жизни

в период от 1 года до 3 лет

# СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 45-47

48-49

42-43

44-45

# СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 50-52

53-54

55-56

48-49

# ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К (ГОД)

+ 15-17

13-15

18-20

10-12

# СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 32-34

36-38

28-30

30-32

# ПРИ РОЖДЕНИИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

+ больше окружности груди на 1-2 см

меньше окружности груди на 1-2 см

равна окружности груди

больше окружности груди на 3 см

# В КОНЦЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

+ меньше окружности груди на 2 см

равна окружности груди

больше окружности груди на 2 см

меньше окружности груди на 4 см

# АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК «ВЫСОКИЙ», ЕСЛИ ОН ПОПАДАЕТ В

+ 90-97% центильный коридор

10-25% центильный коридор

25-75 % центильный коридор

75-90% центильный коридор

# ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ГАРМОНИЧНОЕ, ЕСЛИ РАЗНИЦА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ РОСТА И МАССЫ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ

+ 1

2

3

4

# ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОМАТОТИПА СУММИРУЮТ НОМЕРА ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ

+ массы тела, длины, окружности груди

роста, массы тела, окружности головы

роста и массы тела

окружности груди и головы

# ДЛЯ МИКРОСОМАТОТИПА СУММА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ СОСТАВЛЯЕТ

+ 3-10

11-17

18-24

24-30

# ТЕРМИН ГИПОТРОФИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

+ хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела (по отношению к росту)

острое расстройство питания с дегидратацией

дефицит отдельных нутриентов в питании

острое расстройство питания с дефицитом массы тела

# СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ

+ массы тела

отдельных нутриентов рациона питания

тургору мягких тканей

длины тела

# ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 10-20

20-30

30-40

5-10

# ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 20-30

30-40

5-10

10-20

# ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ больше 30

больше 50

10-20

20-30

# ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКАЯ МАССА ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ МАССЫ ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ

+ 97% центиля

75% центиля

90% центиля

25% центиля

# ТЕРМИН ПАРАТРОФИЯ ОЗНАЧАЕТ

+ хроническое расстройство питания с избытком массы по отношению к росту

острое расстройство питания с дегидратацией

ожирение 4 степени

хроническое расстройство питания с дефицитом массы

# К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ

+ перекорм, переедание

психосоциальная депривация

эндокринные заболевания

инфекционные заболевания

# ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ НАЗЫВАЕТСЯ

+ гигантизмом

гипостатурой

акселерацией

нанизмом

# К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ длина тела

высота головы

нижний сегмент

верхний сегмент

# К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ масса тела

высота головы

нижний сегмент

верхний сегмент

# К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ окружность головы

высота головы

нижний сегмент

верхний сегмент

# К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ окружность груди

высота головы

нижний сегмент

верхний сегмент

# К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ верхний сегмент

длина тела

масса тела

окружность головы

# К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ нижний сегмент

длина тела

масса тела

окружность головы

# К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

+ высота головы

длина тела

масса тела

окружность головы

# К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОМУ ИНДЕКСУ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТНОСИТСЯ ИНДЕКС

+ Эрисмана

Кетле I

Кетле II

Чулицкой

# К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ИНДЕКСАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ ИНДЕКС

+ Кетле I

Эрисмана

Кетле II

Филатова

# К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ИНДЕКСАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ ИНДЕКС

+ Чулицкой

Эрисмана

Кетле II

Филатова

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ развитием в первые трое суток жизни

меньшей потерей массы при искусственном вскармливании

восстановлением исходной массы тела к 30 дню жизни

восстановлением исходной массы тела к 14 дню жизни

# ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧИ 3-4-ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНО С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЭКСКРЕЦИИ

+ мочевой кислоты

хлоридов

фосфатов

молочного сахара

# КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕЖЕ ИЗ-ЗА

+ низких показателей клубочковой фильтрации

нарушения кислотно-основного состояния

длины и извитости мочеточников

недостаточного развития коркового слоя

# ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ

+ недостаточно развитый корковый слой

выраженные соединительнотканные прослойки

зрелые ферментативные системы активной секреции

бобовидную форму

# ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ

+ дольчатое строение

выраженные соединительнотканные прослойки

зрелые ферментативные системы активной секреции

бобовидную форму

# ПОЧКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

+ относительно большого размера

относительно маленького размера

имеют бобовидную форму

имеют зрелую ферментативную систему

# СРЕДНИЙ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 500

400

300

200

# СРЕДНИЙ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 600

500

400

300

# СРЕДНИЙ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 1500

1000

750

2000

# ДЛЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

+ нарушения мочеиспускания

экспираторной одышки

ритма галопа

пятнисто-папулѐзной сыпи

# ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

+ отѐчный

диспепсический

анемический

суставной

# БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

+ цистита

пиелонефрита

гастрита

гломерулонефрита

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ У РЕБЕНКА С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДЯТ ПРОБУ

+ Мак-Клюра-Олдрича

Зимницкого

Нечипоренко

Реберга

# СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ острого и хронического нефрита

нейрогенного мочевого пузыря

камня мочевого пузыря

пузырно-мочеточникового рефлюкса

# СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ заболеваний почечных артерий

нейрогенного мочевого пузыря

камня мочевого пузыря

пузырно-мочеточникового рефлюкса

# СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

+ острой и хронической почечной недостаточности

нейрогенного мочевого пузыря

камня мочевого пузыря

пузырно-мочеточникового рефлюкса

# ОЛИГУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА НА \_\_% И БОЛЕЕ ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ

+ 70

30

50

90

# АНУРИЯ – ЭТО РЕЗКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ

+ нарушения клубочковой фильтрации

нарушения выведения мочи из мочевого пузыря

обструкции мочевых путей ниже мочевого пузыря

нарушения канальцевой реабсорбии

# ПОЛИУРИЯ - УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА

+ 50% и более

30% и более

10% и более

20% и более

# УЧАЩЕНИЕ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ НАЗЫВАЮТ

+ поллакиурией

никтурией

ишурией

дизурией

# ЗАДЕРЖКА МОЧИ НАЗЫВАЕТСЯ

+ ишурией

никтурией

поллакиурией

дизурией

# УЧАЩЁННЫЕ, БОЛЕЗНЕННЫЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

+ цистита

гломерулонефрита

тубулопатий

рефлюкс-нефропатии

# НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ НАЗЫВАЕТСЯ

+ непроизвольное мочеиспускание

учащѐнное мочеиспускание

мочеиспускания малыми порциями

болезненное мочеиспускание

# НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ВО ВРЕМЯ СНА НАЗЫВАЕТСЯ

+ энурезом

никтурией

поллакиурией

ишурией

# У РЕБЁНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОЧКИ МОГУТ ПАЛЬПИРОВАТЬСЯ ПРИ

+ поликистозе

гломерулонефрите

пиелонефрите

нефропатии

# К МОЧЕВОМУ СИНДРОМУ ОТНОСЯТ

+ количественные и качественные изменения мочи

клинические признаки нарушения выведения мочи

расстройство акта мочеиспускания

клинические признаки нарушения мочеобразования

# К МОЧЕВОМУ СИНДРОМУ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

+ протеинурия

поллакиурия

ишурия

никтурия

# К МОЧЕВОМУ СИНДРОМУ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

+ цилиндрурия

поллакиурия

ишурия

никтурия

# К МОЧЕВОМУ СИНДРОМУ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

+ лейкоцитурия

поллакиурия

ишурия

никтурия

# К МОЧЕВОМУ СИНДРОМУ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

+ гематурия

поллакиурия

ишурия

никтурия

# К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

+ лихорадка

гематурия

никтурия

энурез

# К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

+ бактериурия

гематурия

никтурия

энурез

# К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

+ лейкоцитурия

гематурия

никтурия

энурез

# В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ СИНДРОМА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ

+ олигоанурия

полиурия

дизурия

анемия

# В СТАДИЮ ОЛИГОАНУРИИ ОПН В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ

+ ацидоз

гипопротеинемия

гиперкальциемия

гипербилирубинемия

# В СТАДИЮ УРЕМИИ ХПН ОТМЕЧАЕТСЯ

+ олигоанурия

полиурия

гипокалиемия

бактериурия

# В СТАДИЮ УРЕМИИ ХПН ОТМЕЧАЕТСЯ

+ нарастающая азотемия

полиурия

гипокалиемия

бактериурия

# В СТАДИЮ УРЕМИИ ХПН ОТМЕЧАЕТСЯ

+ гиперкалиемия

полиурия

гипокалиемия

бактериурия

# В СТАДИЮ УРЕМИИ ХПН ОТМЕЧАЕТСЯ

+ психоз

полиурия

гипокалиемия

бактериурия

# ЦВЕТ МОЧИ СТАНОВИТСЯ СВЕТЛО-ЖЕЛТЫМ ИЛИ БЛЕДНЫМ ПРИ

+ ХПН в стадии полиурии

пузырно-мочеточниковом рефлюксе

мочекаменной болезни

гломерулонефрите

# СНИЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ несахарном диабете

сахарном диабете

остром цистите

мочекаменной болезни

# СНИЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ почечной недостаточности

сахарном диабете

остром цистите

мочекаменной болезни

# ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОТЕРЮ БЕЛКА ЗА СУТКИ (В МГ) БОЛЕЕ

+ 100

30

50

20

# ГЕМАТУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ В МОЧЕ КОЛИЧЕСТВА

+ эритроцитов

белка

гемоглобина

цилиндров

# ГЕМАТУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ НАЛИЧИЕ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)

+ 2-3

0-1

1-2

3-5

# ПО ПРОБЕ НЕЧИПОРЕНКО ГЕМАТУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ ЧИСЛО ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧЕ БОЛЕЕ

+ 1 000

500

200

100

# ЦИЛИНДРУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ острого гломерулонефрита

мочекаменной болезни

ночного энуреза

травмы почки

# ЦИЛИНДРУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ хронического гломерулонефрита

мочекаменной болезни

ночного энуреза

травмы почки

# ЦИЛИНДРУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ нефротического синдрома

мочекаменной болезни

ночного энуреза

травмы почки

# БАКТЕРИУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ цистита

гломерулонефрита

ночного энуреза

травмы почки

# БАКТЕРИУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ пиелонефрита

гломерулонефрита

ночного энуреза

травмы почки

# БАКТЕРИУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ уретрита

гломерулонефрита

ночного энуреза

травмы почки

# К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ОТНОСЯТ

+ обильный пушок на коже

наличие мочи желтого цвета, прокрашивающей пеленку

легкое нагрубание грудных желез

четкие складки на поверхности стопы

# ДЛЯ ГИПОТРОФИИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА (%)

+ 20-30

более 30

10-20

менее 10

# ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ регулярная рвота фонтаном

гепатомегалия

гипербилирубинемия

иктеричность кожных покровов

# НОРМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_ Г/Л

+ 200

80

100

130

# КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДЛЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, УГРОЖАЮЩИЙ РАЗВИТИЕМ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МКМОЛЬ/Л

+ 450-550

100-150

60-80

270-360

# КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ

+ открытый артериальный проток

коарктация аорты

аномальный дренаж легочных вен

дефект межжелудочковой перегородки

# ФАКТОРОМ РИСКА ПОТЕРИ СЛУХА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ наличие в анамнезе у родственников нейросенсорной тугоухости

масса тела < 2500 г

оценка по Апгар 6/6 балов

наличие симптомокомплекса TORCH-синдрома

# К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРЫХ РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ СРЫГИВАНИЯ, ОТНОСЯТ

+ слабый мышечный слой пищевода

зону повышенного давления над нижним пищеводным сфинктером 1,5-2 см

длинный и тонкий пищевод

угол Гиса, который становится менее 90 градусов при наполнении желудка

# ДЛЯ ПИЛОРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ непостоянная частота и объем срыгиваний

присутствие патологических примесей при срыгивании

наличие признаков обезвоживания

урежение мочеиспускания

# ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ НЕИЗМЕНЕННЫМ МОЛОКОМ ПРИ ПЕРВОМ КОРМЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

+ атрезии пищевода

пилоростеноза

синдрома Ледда

атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка

# ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

+ исследование кала на содержание углеводов

потовая проба (содержание натрия и хлора в поте)

исследование крови на антитела к глиадину

анализ кала на дисбактериоз

# ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В СТУЛЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

+ гемофилии

геморрагической болезни новорожденных

заглатывания материнской крови во время родов

трещины ануса

# У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

+ верхних отделов тонкой кишки

желудка

тощей кишки

толстой кишки

# У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕСЯЦА ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КАЛИЯ ВЫШЕ (ММОЛЬ/Л)

+ 5,8-6,0

5,2-5,5

4,9-5,1

3,9-4,3

# ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОГАЛАКТИИ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ

+ самостоятельного введения докорма

регулярного сцеживания

сна не менее 10 часов в сутки

контрастного душа на область молочных желез

# К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕХВАТКИ ГРУДНОГО МОЛОКА ОТНОСЯТ

+ плохую прибавку в весе у ребенка, стул плотный, сухой или зеленый, редкие мочеиспускания

очень частые кормления грудью, частый жидкий стул

очень продолжительные кормления грудью

отказ ребенка от груди

# УГЛЕВОДОМ, ПРЕОБЛАДАЮЩИМ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

+ Бета-лактоза

Мальтоза

Галактоза

Глюкоза

# ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С МОЛОЗИВОМ В БОЛЬШЕМ КОЛИЧЕСТВЕ СОДЕРЖИТ

+ лактозу

белок

витамины А и Е

галактозу

# ПРЕОБЛАДАНИЕ ШИРИНЫ ТАЗА У ДЕВОЧЕК ПО СРАВНЕНИЮ С МАЛЬЧИКАМИ СТАНОВИТСЯ ЗАМЕТНЫМ ПОСЛЕ (ГОД)

+ 8-10

5-7

3-5

10-12

# ПЕРВЫМИ ИЗ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ДВА \_\_\_\_\_\_ РЕЗЦА

+ нижних средних

верхних средних

верхних боковых

нижних боковых

# ПЕРВЫМИ ИЗ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ

+ первые моляры

центральные резцы

клыки

вторые моляры

# ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ, В СРЕДНЕМ, В (ГОД)

+ 11-13

9-11

13-15

15-17

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ЗУБНОГО И КОСТНОГО ВОЗРАСТА» У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

+ биологического возраста

физического развития

психомоторного развития

полового созревания

# К ТРАНЗИТОРНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БЕЗУСЛОВНЫМ РЕФЛЕКСАМ ОТНОСИТСЯ

+ сосательный

глотательный

корнеальный

зрачковый

# БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К \_\_\_\_\_\_\_\_ МЕСЯЦАМ ЖИЗНИ

+ 3-5

1-2

7-9

10-12

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

+ появление прослеживания взором за движущимся предметом

длительное прослеживание взором за предметами

рассматривание предметов и лиц

отсутствие фиксации и прослеживания взором

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

+ фиксация взора на ярком предмете

стойкое удерживание головы, лежа на животе

координированные движения

кратковременный сон

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

+ эмоциональный плач

гуление

лепет

отсутствие вокализаций

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ прослеживание взором за движущимся предметом

узнавание матери

способность отличать своих от чужих

кратковременная фиксация взора

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ удержание головы, лежа на животе

поворот со спины на живот

способность сидеть с упором под спину

способность упираться на стопы при поддержке

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ улыбка в ответ на речь

«комплекс оживления» в ответ на общение

громкий смех

длительное гуление

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ способность опираться на предплечья, лежа на животе

поворот с живота на спину

способность сидеть с упором под спину

способность ползать

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ гуление

лепет

произнесение первых слов

звуковое подражание взрослому

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ «комплекс оживления» в ответ на общение

способность отличать близких от чужих

появление первой улыбки

громкий смех

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ длительное гуление

способность произносить слоги «ба», «ма»

способность произносить слова

способность выполнять простые просьбы

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

+ поворот со спины на живот

способность ползать

способность садиться

кратковременное удержание головы, лежа на животе

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ двуручное хватание

клещеобразное хватание

ножницеобразное хватание

рассматривание рук

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

+ стоять при поддержке за подмышки (упор на ноги)

устойчиво сидеть

ползать

вставать

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ длительное, певучее гуление

произнесение отдельных слогов

произнесение слов

короткое, отрывистое гуление

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

+ сидеть с упором под спину

стоять с поддержкой

ползать

ходить с поддержкой

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ произнесение отдельных слогов

гуление

произносение слов

знание названий отдельных предметов

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ способность вставать и стоять с поддержкой

атетезоподобные движения

способность самостоятельно ходить

способность сидеть с упором под спину

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ лепет

способность говорить отдельные слова

гуление

способность выполнять простые просьбы

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

+ встать, садиться, переступать в кроватке

самостоятельно ходить

самостоятельно есть ложкой

самостоятельно снимать одежду

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ способность произносить отдельные слова-обозначения

лепет

гуление

способность произносить простые предложения

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

+ пить из чашки, придерживая ее руками

самостоятельно есть ложкой

самостоятельно расстегивать пуговицы

самостоятельно одеваться

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

+ стоять без опоры, делать первые шаги

ставить кубики, снимать и надевать кольца пирамиды

самостоятельно расстегивать пуговицы

самостоятельно есть ложкой

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

+ самостоятельная ходьба

перешагивание через препятствие

бег

приседание

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

+ произнесение 5-10 слов

длительное гуление

появление лепета

произнесение простых фраз

# ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

+ самостоятельно брать чашку и пить

самостоятельно есть ложкой

снимать пищу губами с ложки

пить из чашки с помощью взрослого

# ПРИЗНАКОМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ АКТИВНОЙ (МОТОРНОЙ) РЕЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гуление

поисковая зрительная реакция на вопрос «где?»

выполнение поручений «найди», «положи» и т.д

накопление словарного запаса

# ПОД СЕНСОРНОЙ РЕЧЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

+ понимание речи

накопление словарного запаса

активную речь

подготовительный этап развития речи

# ПРИЗНАКОМ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ У РЕБЕНКА 1 ГОДА ВЫСТУПАЕТ

+ связывание слова с определенным предметом

связывание слов в предложение

произнесение отдельных слов

повторение слов за взрослым

# СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К (МЕС.)

+ 7-8

3-4

9-10

11-12

# МОТОРНАЯ (АКТИВНАЯ) РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К (МЕС.)

+ 10-12

8-9

12-14

15-16

# К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

+ приседание, перешагивание через препятствие

быстрый бег, прыжки

способность одеваться и раздеваться самостоятельно

способность рисовать, лепить

# ОСОЗНАННАЯ УЛЫБКА У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 1-2

3-4

5-6

8-9

# ГРОМКИЙ СМЕХ У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 4

6

9

12

# РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ УЗНАВАТЬ МАТЬ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 4-5

1-2

9-10

6-7

# «КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ» У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 3

6

2

10

# ХОРОШО ПОЛЗАТЬ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 7

4

9

11

# ПИТЬ ИЗ ЧАШКИ, КОТОРУЮ ДЕРЖИТ ВЗРОСЛЫЙ, РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 7-8

3-4

15-18

24-27

# ДЕФЕКАЦИЯ СТАНОВИТСЯ ПРОИЗВОЛЬНЫМ УПРАВЛЯЕМЫМ АКТОМ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 12

24

6

30

# СТУЛ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

+ оформленным

кашицеобразным

фрагментированным

веретенообразным

# СТУЛ У РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

+ золотисто-желтого цвета

содержит мало воды

1-2 раза в сутки

имеет щелочную реакцию

# СТУЛ У РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

+ замазкообразной консистенции

имеет кислый запах

имеет место 5-6 раз в сутки

имеет примесь слизи и зелени

# КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

+ слюна участвует в образовании рыхлых сгустков казеина

высокая секреторная активность

низкая секреторная активность

слюна расщепляет протеины пищи

# ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА (МЕС.)

+ 4-5

2-3

8-9

6-7

# ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАНО С

+ незрелостью центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания слюны

введением прикорма

прорезыванием зубов

увеличением объема секреции слюны с 4-5 месяцев

# МЛАДЕНЧЕСКИЙ ПЕРИОД (ГРУДНОЙ) ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ

+ 1 месяца до 1 года

1 месяца до 3 лет

6 месяцев до 1,5 лет

6 месяцев до 3 лет

# ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ

+ 1 года до 3 лет

6 месяцев до 2 лет

1 года до 5 лет

2 до 6 лет

# ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В

+ месяц

неделю

3 месяца

6 месяцев

# ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

+ 1 месяц

1 неделю

3 месяца

2 месяца

# ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

+ 3 месяца

1 месяц

6 месяцев

1 год

# К КОНЦУ ПЕРИОДА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ СКОРОСТЬ РОСТА ПЛОДА

+ уменьшается

увеличивается в 1,5 раза

увеличивается в 2 раза

увеличивается в 2,5 раза

# ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В ПЕРВОЙ ЧЕТВЕРТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 3

2

1

4

# ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ВО ВТОРОЙ ЧЕТВЕРТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 2,5

2

1,5

3

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

+ 3-6

1-2

5-9

8-10

# СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ СОГЛАСНО ЭМПИРИЧЕСКОЙ ФОРМУЛЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 2

1

3

4

# СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА В 5 ЛЕТ СОГЛАСНО ЭМПИРИЧЕСКОЙ ФОРМУЛЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 19

18

17

20

# СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПО ЭМПИРИЧЕСКОЙ ФОРМУЛЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

+ 3

2

1

4

# ПОД ВНУТРЕННИМ ЭПИКАНТОМ ПОНИМАЮТ

+ кожную складку, прикрывающая внутренний угол глазной щели

заворот века

увеличение длины ресниц

сросшиеся брови

# ПОЛИДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

+ увеличение количества пальцев

сращение двух и более пальцев между собой

изменение длины пальцев

изменение формы пальцев

# ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И ГРУДИ СРАВНИВАЮТСЯ К (МЕС.)

+ 3-4

1-2

4-6

6-8

# БРАХИЦЕФАЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

+ увеличение ширины черепа по отношению к длине

расширение черепа в теменной части

увеличение передне-заднего размера черепа

удлинение черепа

# ПОД ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЕЙ ПОНИМАЮТ

+ сосудистые пятна, не выступающие над кожей

сосудистые опухоли (гемангиомы)

пигментные пятна на коже

участки гипоплазии кожи

# ДЛЯ МАКРОСОМАТОТИПА СУММА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ СОСТАВЛЯЕТ

+ 18-24

11-17

3-10

24-30

# СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО НАХОДИТСЯ НА

+ пупке

лобке

середине расстояния между пупком и лобком

границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком

# СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У ШЕСТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА НАХОДИТСЯ НА

+ середине расстояния между пупком и лобком

пупке

лобке

границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком

# СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С 12 ЛЕТ И У ВЗРОСЛЫХ НАХОДИТСЯ НА

+ лобке

пупке

середине расстояния между пупком и лобком

границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком

# РАЗНОСТЬ МЕЖДУ ОКРУЖНОСТЯМИ ГРУДИ И ГОЛОВЫ (МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ТУРА) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 1 ГОДА ДОЛЖНА УКЛАДЫВАТЬСЯ В ИНТЕРВАЛ \_\_\_\_\_\_\_, ГДЕ N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ

+ от 1 до 2 n

от 2 до 3 n

от 3 до 4 n

от 4 до 5 n

# СРЕДНЯЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (М2)

+ 0,25

0,15

0,50

0,70

# СРЕДНЯЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ (М2)

+ 1,5

1,25

1,0

1,73

# КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

+ имеют мягко-эластическую консистенцию

пальпируются 5-6 групп

имеют плотную консистенцию

пальпируются в каждой группе с одной стороны до 5-6

# УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

+ 180-240

140-170

120-140

100-120

# УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

+ 120-140

110-115

100-110

140-160

# КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ×109/Л

+ 6-12

4-5

13-15

16-20

# КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ×109/Л

+ 5-10

3-4

11-15

16-30

# КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ×109/Л

+ 150-300

100-120

310-350

400-500

# КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_ ×109/Л

+ 100

200

50

150

# ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНО

+ количество лейкоцитов более 10×109/л

количество лейкоцитов не более 10×109/л

преобладание лимфоцитов

преобладание моноцитов

# ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ

+ нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом «влево»

количество лейкоцитов не более 10×109/л

преобладание лимфоцитов

преобладание моноцитов

# ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО

+ количество лейкоцитов не более 12×109/л

количество лейкоцитов не более 10×109/л

преобладание нейтрофилов

преобладание моноцитов

# ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО

+ преобладание лимфоцитов

количество лейкоцитов не более 10×109/л

преобладание нейтрофилов

преобладание моноцитов

# ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 5 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО

+ преобладание лимфоцитов

количество лейкоцитов не более 12×109/л

преобладание нейтрофилов

преобладание моноцитов

# ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ 4-5 дней

2-3 месяцев

10-11 дней

5-6 месяцев

# ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ 4-5 лет

1-2 лет

4-5 месяцев

6-8 лет

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ первых 4-5 лет

первых 3 дней

младших школьников

старших школьников

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ первых 10-12 дней

первых 3 дней

10-12 лет

первых 3 месяцев

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

+ первых 10-12 дней

первых 3 дней

младших школьников

старших школьников

# В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ РЕГЕНЕРАТОРНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОИДНОГО РОСТКА КРОВЕТВОРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО

+ ретикулоцитов

эритроцитов

лейкоцитов

тромбоцитов

# В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОПОЭЗА ОПРЕДЕЛЯЕТ

+ абсолютное число отдельных групп лейкоцитов

общее количество лейкоцитов

процентное количество отдельных групп лейкоцитов

абсолютное количество нейтрофилов

# ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

+ низкой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)

повышенной функциональной активности тромбоцитов

повышеной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)

высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)

# ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

+ сниженной функциональной активности тромбоцитов

повышенной функциональной активности тромбоцитов

высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)

повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)

# ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

+ сниженной активности естественных антикоагулянтов

повышенной функциональной активности тромбоцитов

высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)

повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)

# ОСОБЕННОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ

+ пониженная функциональная активность

повышенная функциональная активность

повышенная способность к агрегации

повышенное количество

# ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

+ коагулограмму

миелограмму

биохимический анализ крови

клинический анализ крови

# ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

+ агрегатограмму

миелограмму

биохимический анализ крови

клинический анализ крови

# У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА КОЛИЧЕСТВО ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 60-80

40-50

20-30

5-15

# В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО МОНОЦИТОВ СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 0-8

9-10

11-15

16-25

# В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО ЭОЗИНОФИЛОВ СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 0-5

6-10

11-15

16-20

# ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

+ склонность к шелушению и мацерации

недостаточное кровоснабжение

хорошее развитие потовых желез

плотная связь между эпидермисом и дермой

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ слабо выраженная защитная функция

зрелость терморегуляции

низкая интенсивность дыхательной функции

сниженная резорбционная функция

# ДЛЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

+ распространение по всей коже, кроме ладоней и подошв

равномерное распространение по всей коже

наибольшее распространение на коже ладоней и подошв

наибольшее распространение на проксимальных отделах конечностей

# САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ С

+ 7 месяца внутриутробного развития

1 месяца жизни

35-37 недели гестации

3-4 месяца жизни

# ОСОБЕННОСТЬЮ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ возможность перерождаться в кисты

преимущественная концентрация на коже подошв и ладоней

морфологическая незрелость к рождению

распространение по всей коже

# ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ большая относительная масса подкожной жировой клетчатки (на 1 кг массы тела), чем у взрослых

меньшая относительная масса подкожной жировой клетчатки, чем у взрослых

менее плотная консистенция подкожного жира, чем у взрослых

хорошее развитие жировой ткани в брюшной и грудной полостях

# ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ большее количество бурой жировой ткани

меньшее количество бурой жировой ткани

хорошее развитие жировой ткани вокруг внутренних органов

меньшая относительная масса жировой ткани

# БУРАЯ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ДЕТЕЙ

+ обеспечивает несократительный термогенез

обеспечивает сократительный термогенез

увеличивается с возрастом ребенка

локализуется на передней поверхности грудной клетки

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ПОДКОЖНОГО ЖИРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ хорошая защита при воздействии механических факторов (падения, ушибы и др.)

хорошая опора для внутренних органов

хорошая функция сбережения тепла

недостаточная функция энергетического и нутриентного обеспечения

# ОСОБЕННОСТЬЮ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ У ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ 7-8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

+ распределение неравномерное со скоплением в области ягодиц, живота, бедер

равномерное распределение по всему телу

большее количество подкожного жира в верхней половине туловища

неравномерное распределение со скоплением на щеках и верхних конечностях

# ЦВЕТ КОЖИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ КОЛИЧЕСТВА

+ меланина

билирубина

коллагена

эластина

# ЦВЕТ КОЖИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

+ глубины залегания подкожных сосудов

количества билирубина

количества коллагена

количества эластина

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

+ желтуха

склерема

пиодермия

адипонекроз

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

+ эритема

адипонекроз

склередема

пузырчатка

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

+ шелушение

склередема

эпидермолиз

везикулопустулез

# ПУШКОВЫЕ ВОЛОСЫ У ЗРЕЛОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА К РОЖДЕНИЮ

+ остаются на плечах и спине

должны исчезнуть полностью

остаются только на лице

покрывают все тело

# ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА (НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА

+ уменьшается

увеличивается

не изменяется

до 5 лет увеличивается, затем уменьшается

# ЛЕГКАЯ СМЕЩАЕМОСТЬ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ СЛАБОСТЬЮ

+ опорной жировой ткани

костных структур

мышц

связочного аппарата

# ЛЕГКОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ КОЖИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С

+ тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета

толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета

тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи

толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью к мацерации

# КОСТНАЯ ТКАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ

+ менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям

более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям

менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям

более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям

# В ПРОЦЕССЕ ОСТЕОГЕНЕЗА ВЫДЕЛЯЮТ \_\_\_\_\_\_\_\_ СТАДИИ/СТАДИЙ

+ 3

2

5

6

# УРОВЕНЬ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ СТАРШЕ МЕСЯЦА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_ ММОЛЬ/Л

+ 2,5-2,85

2,0-2,4

1,3-2,0

2,95-3,0

# СТРОЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ВЗРОСЛОГО К (ГОД)

+ 12

7

3

15

# ЗАКРЫТИЕ ШВОВ ЧЕРЕПА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

+ 3-4

2-3

4-6

6-9

# В НОРМЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

+ 3×3

2×2

2,5×2,5

1,5×1,5

# МАЛЫЙ РОДНИЧОК ПРИ РОЖДЕНИИ ОТКРЫТ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В \_\_\_\_\_ % СЛУЧАЕВ

+ 20-25

50-75

25-50

75-100

# МАССА МЫШЦ ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ (%)

+ меньше и составляет 23

больше и составляет 44

такая же и составляет 50

меньше и составляет 44

# В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НАИБОЛЬШИЙ ПРИРОСТ МАССЫ ОТМЕЧАЕТСЯ СО СТОРОНЫ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ТКАНИ

+ мышечной

костной

кроветворной

лимфоидной

# У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МЫШЦЫ

+ короткие, бедны сократительными белками, жиром, богаты водой

длинные, содержат много сократительных белков, жира, мало воды

короткие, тонкие, содержат много жира, мало воды

короткие, тонкие, богаты сократительными белками

# ОСОБЕННОСТЬЮ МЫШЦ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ отсутствие расслабления во время сна

преобладание тонуса мышц-разгибателей конечностей

расслабление во время сна

мышечная гипотония

# МЫШЕЧНЫЙ РЕЛЬЕФ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПОСЛЕ (ГОД)

+ 5-7

3-4

1-2

10-12

# СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/МИН/1,73 М2)

+ 90-120

60-90

70-100

120-150

# СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

+ 2/3-3/4

1/3-1/2

1/3-1/5

1/3-1/6

# ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

+ 20

10

15

5

# ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ШКОЛЬНИКОВ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

+ 5

1

3

15

# СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ

+ 1005-1025

1001-1010

1005-1015

1001-1005

# СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕННОЙ МОЧИ ДНЕМ И НОЧЬЮ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

+ 2:1

0,5:1

1:1

1:2

# СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

+ 135-145

120-140

100-120

145-160

# СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ СТАРШЕ ГОДА (ММОЛЬ/Л)

+ 3.5-5.5

6.0-7.0

3.0-3.5

10.0-11.5

# СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ 2-12 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ(ММОЛЬ/Л)

+ 2.2-2.7

1.5-2.0

3.5-4.0

2.9-3.5

# ОСОБЕННОСТЬЮ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ большая интенсивность водного обмена

меньшая интенсивность водного обмена

меньшее выделение воды через кожу и легкие

относительно меньшая потребность в воде

# ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПОЧЕК ИЗ ТАЗА В ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОИСХОДИТ

+ внутриутробно

к рождению

к 1 месяцу жизни

к 1 году жизни

# БОЛЕЕ НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДО (ГОД)

+ 5-7

1-2

3-4

8-10

# ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУР ФИКСАЦИИ ПОЧЕК ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К (ГОД)

+ 5-7

1-1,5

2-3

8-10

# ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 30

10

20

50

# ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 1 ГОД ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 40

20

60

90

# ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 3-5 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 120

70

210

350

# ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 9-12 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 220

70

120

350

# ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПОДРОСТКОВ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 350

120

170

210

# ФИЛЬТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К УРОВНЮ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ (ГОД)

+ 2

3

5

7

# КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К (МЕС.)

+ 20-24

2-4

6-9

12-15

# МОЧЕКИСЛЫМ ИНФАРКТОМ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

+ отложение кристаллов мочевой кислоты в канальцах и собирательных трубках

очаговая ишемия почечной паренхимы

отложение белка в канальцах и собирательных трубках

некроз канальцев

# ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ДНЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

+ 0-2

4-5

8-10

15-20

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПОЧКИ

+ могут пальпироваться

пальпироваться не должны

пальпация почек всегда свидетельствует о патологии

всегда пальпируются

# КОЛЕБАНИЯ РН МОЧИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЮТ

+ 5-7

3-4

8-10

1-2

# ПРИ СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (Г/Л)

+ 1018

1012

1010

1025

# ПОКАЗАТЕЛЬ КЛИРЕНСА ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ОТРАЖАЕТ

+ клубочковую фильтрацию

концентрационную функцию почек

реабсорбционную функцию почек

секреторную функцию почек

# КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

+ колебаниям относительной плотности мочи в течение суток

уровню белка в суточной моче

уровню мочевины в биохимическом анализе крови

клиренсу эндогенного креатинина

# У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

+ 100-300

50-70

350-400

450-600

# ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

+ 15-16

20-25

18-20

8-10

# ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

+ 7-10

4-6

16-20

11-15

# КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ДНЕМ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К (ГОД)

+ 2-3

0,5-1

1-1,5

4-5

# КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА (ОТСУТСТВИЕ ЭНУРЕЗА) ФОРМИРУЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К (ГОД)

+ 4-5

0,5-1

1,5-2

2-3

# ЦВЕТ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ

+ соломенно-желтый

бесцветный

темно-желтый

светло-коричневый

# У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЦВЕТ МОЧИ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЕЕ СТАРШИМИ ДЕТЬМИ

+ более светлый

более темный

такой же

имеет розоватую окраску

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ КАЧЕСТВЕННОМ АНАЛИЗЕ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО(Г/Л)

+ 0,033

0,99

0,066

0,33

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АППАРАТНЫМ МЕТОДОМ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО (Г/Л)

+ 0,1

0,3

0,2

0,5

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ ДО \_\_\_\_\_\_\_\_\_ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

+ 3-6

10-12

13-15

20-22

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ЭРИТРОЦИТОВ ДО \_\_\_\_\_\_\_\_\_ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

+ 0-3

5-6

7-11

8-10

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ \_\_\_\_\_\_\_ ЦИЛИНДРОВ

+ единичных гиалиновых

единичных эритроцитарных

множественных гиалиновых

множественных восковидных

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ ПРАВИЛЬНО СОБРАННОЙ МОЧИ БАКТЕРИУРИЯ

+ допускается в незначительном количестве

не допускается

допускается в значительном количестве

всегда свидетельствует о воспалительном процессе в органах мочевой системы

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СОЛИ

+ могут быть в незначительном количестве

могут быть в значительном количестве

не должны определяться

всегда свидетельствуют о нарушении обмена веществ

# ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО

+ 2000

5000

3000

1000

# ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО

+ 1000

2000

3000

500

# ДЛЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ МОЧА СОБИРАЕТСЯ (ЧАС)

+ каждые 3

в течение 12

в течение 3

каждые 6

# В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

+ количество мочи

количество клеточных элементов

биохимические показатели

реакцию мочи

# В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

+ относительную плотность мочи

количество клеточных элементов

биохимические показатели

реакцию мочи

# КАКОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ ИССЛЕДУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ГОМЕОСТАЗА

+ уровень мочевины

активность трансаминаз

общий билирубин

протромбин

# ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЮТ С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МЕТОДА

+ ультразвукового

эндоскопического

радиологического

рентгенологического

# ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ

+ экскреторную урографию

ретроградную пиелографию

почечную ангиографию

компьютерную томографию

# ЗАКЛАДКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА \_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

+ 1-2

3-4

5-6

7-8

# ВНУТРИУТРОБНО НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА \_\_\_\_\_ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

+ 10-18

5-12

2-5

15-25

# МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_ %

+ 10

2

5

25

# НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ В СРОК

+ от 0 месяцев до 1 года

от 1года до 5 лет

от 6 лет до10 лет

от 10 лет до 17 лет

# К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

+ кора головного мозга

продолговатый мозг

стрио-паллидарная система

спинной мозг

# МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ плохая дифференцировка серого и белого вещества

четкая граница между серым и белым веществом

отсутствие серого вещества

отсутствие белого вещества

# ЧИСЛО НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ (%)

+ 25

75

50

100

# ЧИСЛО НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К (ГОД)

+ 1-1,5

3-5

6-8

10-12

# МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ЗАВЕРШАЕТСЯ К (ГОД)

+ 3-5

1-3

10-15

7-10

# ОСОБЕННОСТЯМИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МОЗГА И ОТТОКА КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

+ кровоснабжение обильное, отток ограничен

кровоснабжение обильное, отток лучше

кровоснабжение скудное, отток ограничен

кровоснабжение скудное, отток лучше

# ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

+ обильным кровоснабжением головного мозга

низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера

высокими темпами развития центральной нервной системы

хорошим оттоком крови от головного мозга

# ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

+ высокой проницаемостью гематоэнцефалического барьера

высокими темпами развития центральной нервной системы

хорошим оттоком крови от головного мозга

ограниченным кровоснабжением головного мозга

# ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

+ ограниченным оттоком крови от головного мозга

ограниченным кровоснабжением головного мозга

низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера

высокими темпами развития центральной нервной системы

# ЗНАНИЕ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО КОНЦА СПИННОГО МОЗГА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

+ выполнения спинномозговой пункции

оценки моторики ребенка

оценки состава ликвора

оценки безусловных рефлексов у ребенка

# ОСОБЕННОСТЬЮ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ поперечная складчатость на губах

относительно малый размер языка

ее относительно большой размер

слабая васкуляризация слизистой

# ОСОБЕННОСТЬЮ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ относительно длинный размер

более низкое расположение входа

хорошо выраженные анатомические сужения

относительно широкий просвет

# СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

+ тонких стенок

достаточно толстых стенок

хорошо развитых мышечных волокон

слабо васкуляризованной слизистой оболочки

# ВХОД В ПИЩЕВОД У НОВОРОЖДЕННЫХ РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ \_\_\_\_\_\_\_ ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

+ III-IV

I-II

V-VI

VI-VII

# ПЕРЕХОД ПИЩЕВОДА В ЖЕЛУДОК ВО ВСЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСТВА РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ \_\_\_\_\_\_ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА

+ X-XI

IX-X

VIII-IX

XI-XII

# ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ горизонтальное расположение

постоянное положение

постоянная форма

вертикальное расположение

# СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ слабое развитие кардиального отдела и дна

хорошее развитие дна и кардиального отдела

слабое развитие пилорического отдела

более низкое расположение пилорического отдела по сравнению с кардиальным в положении лежа

# ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЗАВЕРШАЕТСЯ К (ГОД)

+ 2

5

8

12

# КАКОВА ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

+ относительно толстая

тонкая и нежная

количество желудочных желез достаточное

складчатость выражена хорошо

# С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ

+ уменьшается

увеличивается

не меняется

сначала увеличивается, потом уменьшается

# ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ непостоянное расположение петель

постоянное расположение петель

некомпактное расположение петель

отсутствие газов

# К ОСОБЕННОСТЯМ ТОНКОЙ КИШКИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ

+ крупные кишечные железы

мелкие кишечные железы

сформированные пейеровы бляшки

малое количество лимфатических сосудов мало

# С ВОЗРАСТОМ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ТОНКОЙ КИШКИ

+ увеличение площади функциональной поверхности

уменьшение общей длины

увеличение относительной длины

уменьшение площади функциональной поверхности

# АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К (ГОД)

+ 3-4

2-3

1,5-2

5-6

# ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

+ с возрастом меняется

с возрастом не меняется

меняется только на первом году жизни

не зависит от возраста

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

+ гаустры отсутствуют до 6 месяцев жизни

ленты ободочной кишки хорошо развиты

гаустры отсутствуют до 1 года жизни

сальниковые отростки хорошо развиты

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СЛЕПОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ расположена выше

расположена ниже

брыжейка хорошо фиксирована

хорошо развит илеоцекальный клапан

# К КАКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИВОДИТ СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ заброс химуса из слепой кишки в подвздошную

затруднение продвижения химуса

кишечная колика

диарея, чередующаяся с запором

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ восходящая часть короткая

восходящая часть относительно длинная

поперечная часть малоподвижна

нисходящая часть имеет самый широкий просвет

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ длинная

хорошо фиксирована

короткая

расположена в малом тазу

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

+ относительно длинная

слизистая оболочка хорошо фиксирована

плохо развит подслизистый слой

хорошо развита ампула

# НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНЫЙ РОСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

+ в первые 3 года жизни

на 1 году жизни

в периоды вытяжения

от 3 до 7 лет

# ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ большая величина относительно массы тела

увеличение относительной массы с возрастом

относительно большая правая доля

малая подвижность лѐгочного края

# НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ИЗ-ПОД РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 2-3 СМ ДО (ГОД)

+ 3

5

4

7

# НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ДО (ГОД)

+ 5

2

10

12

# НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПО СРЕДИННОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РАССТОЯНИЯ ОТ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА ДО ПУПКА

+ верхней трети

середины

верхней четверти

нижней трети

# ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ большее количество воды

большая плотность

большее количество липидов

меньшая «гликогенная» емкость

# ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ сформированные, но слабо дифференцированные дольки

несформированные дольки

содержание грубоволокнистой соединительной ткани

слаборазвитая нежная соединительная ткань

# КАКОЙ ФАКТОР ОБУСЛАВЛИВАЕТ S-ОБРАЗНУЮ ФОРМУ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

+ необычное расположение печеночной артерии

более тесное расположение всех органов брюшной полости

необычное расположение двенадцатиперстной кишки

аномалия желчных протоков

# У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)

+ 1-2

3-4

4-5

5-6

# КИШЕЧНИК НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ

+ стерилен

содержит преимущественно бифидофлору

содержит патогенную микрофлору

содержит условно-патогенная микрофлору

# ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К

+ 1 неделе

2-4 дню

1 месяцу

1-2 дню

# СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (ФАЗА ТРАНСФОРМАЦИИ МИКРОФЛОРЫ) У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ (НЕДЕЛЯ)

+ 2-4

1-2

4-6

6-8

# ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ

+ грудном

искусственном

смешанном

вид вскармливания не имеет значения

# КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЮТСЯ К ТАКОВЫМ У ВЗРОСЛЫХ К

+ 1 году

6 месяцам

1 месяцу

5 годам

# КАКОВЫ СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

+ внутриутробно

постнатально после первого кормления ребенка

в раннем возрасте

в период новорожденности

# В СЛЮНЕ СОДЕРЖИТСЯ ФЕРМЕНТ

+ амилаза

лактаза

протеаза

мальтаза

# ФЕРМЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ВЫСТУПАЕТ

+ песиноген I

амилаза

трипсиноген

лактаза

# КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ

+ низкая кислотность (pН выше 4)

высокая кислотность (pН ниже 2)

кислотность обусловлена соляной кислотой

высокая протеолитическая активность

# НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

+ гастриксин (пепсиноген II)

пепсин (пепсиноген I)

соляная кислота

трипсиноген

# В ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ РАСЩЕПЛЯЮТСЯ

+ белки до полипептидов

белки до три- и дипептидов

жиры до ди- и моноглицеридов

углеводы до дисахаридов

# КАКОЙ ПРОЦЕСС ПРОИСХОДИТ В ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

+ денатурация белков (створаживание молока)

заметного протеолиза нет

расщепление белков до полипептидов

расщепление углеводов до моносахаридов

# ЖИРЫ РАСЩЕПЛЯЕТ ФЕРМЕНТ ПОДЖЕЛУДОЧНОГО СОКА

+ липаза

эластаза

лактаза

сахараза

# БАКТЕРИЦИДНЫЙ ЭФФЕКТ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, С ПРЕОБЛАДАНИЕМ В СОСТАВЕ

+ таурохолевой кислоты

гликохолевой кислоты

холестерина

билирубина

# КАКОВА ФУНКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

+ пищеварение и всасывание конечных продуктов гидролиза

формирование мицелл в просвете тонкой кишки

кислотообразующая

желчеобразования

# НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ КИСЛОГО СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА ПРОИСХОДИТ В ОТДЕЛАХ ЖКТ

+ проксимальных тонкой кишки

пилорическом желудка

дистальных тонкой кишки

восходящем ободочной кишки

# КИШЕЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ФЕРМЕНТ

+ лактаза

трипсин

пепсин

коллагеназа

# КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ относительно высокая проницаемость слизистой оболочки

активность всасывания невысокая

относительно низкая проницаемость слизистой оболочки

барьерно-защитная функция повышена

# ЧАСТОТА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖКТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ

+ недостаточностью секреторного аппарата

тонкостью слизистой оболочки и большой ее проницаемостью

недостаточным кровоснабжением слизистой

большой проницаемостью слизистой оболочки

# НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЛОСТНОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ КОМПЕНСИРУЕТ

+ аутолиз

ускоренное продвижение химуса в краниокаудальном направлении

проксимальный сдвиг пищеварения

высокая барьерно-защитная функция

# В РАСЩЕПЛЕНИИ БЕЛКОВ И ПЕПТИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ УЧАСТВУЮТ ФЕРМЕНТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

+ трипсин

амилаза

пепсин

коллагеназа

# КАКИЕ СОБСТВЕННО КИШЕЧНЫЕ ФЕРМЕНТЫ УЧАСТВУЮТ В РАСЩЕПЛЕНИИ ПЕПТИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ

+ трипептидазы

химотрипсин

карбоксипептидаза

амилаза

# КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРОТЕОЛИЗА В ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

+ свободные аминокислоты

олигопептиды

ди- и трипептиды

полипептиды

# В РАСЩЕПЛЕНИИ ПОЛИСАХАРИДОВ УЧАСТВУЕТ

+ амилаза

эластаза

лактаза

мальтаза

# АМИЛАЗА СЛЮНЫ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГРУДНОГО МОЛОКА РАСЩЕПЛЯЕТ ПОЛИСАХАРИДЫ ДО

+ мальтозы

глюкозы

фруктозы

сахарозы

# КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ

+ моносахаридов

дисахаридов

олигосахаридов

трисахаридов

# НАРАСТАНИЕ АМИЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА И СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ

+ после введения прикорма

с первого месяца жизни

к концу первого года жизни

с третьего месяца жизни

# ОСНОВНЫМ УГЛЕВОДОМ В ПИТАНИИ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ лактоза

сахароза

крахмал

гликоген

# НАИМЕНЬШУЮ АКТИВНОСТЬ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА ИМЕЕТ ФЕРМЕНТ

+ лактаза

мальтаза

сахараза

изомальтаза

# НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТАЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У

+ детей первого года жизни

старших школьников

взрослых

младших школьников

# В ТОНКОЙ КИШКЕ

+ расщепляется большая часть лактозы

лактоза расщепляется полностью

расщепляется меньшая часть лактозы

лактоза не расщепляется

# ЛАКТОЗА, НЕРАСЩЕПЛЕННАЯ В ТОНКОЙ КИШКЕ, В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

+ утилизируется микрофлорой кишечника

расщепляется до моносахаридов

выходит неизмененной с калом

расщепляется до олигосахаридов

# К КОНЕЧНОМУ ПРОДУКТУ УТИЛИЗАЦИИ ЛАКТОЗЫ МИКРОФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТ

+ моносахариды

короткоцепочные жирные кислоты

газы

молочную кислоту

# НЕУТИЛИЗИРОВАННАЯ МИКРОФЛОРОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАКТОЗА СПОСОБСТВУЕТ

+ повышению осмотического давления в кишечнике

снижению осмотического давления в кишечнике

абсорбции воды из кишечника

замедлению моторики кишечника

# С КАКИМ ФАКТОРОМ СВЯЗАНА ЧАСТОТА ТРАНЗИТОРНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

+ большое содержание лактозы в молоке

наличие в кишечной микрофлоре аэробной флоры

преобладание в кишечной микрофлоре бифидобактерий

повышенное осмотическое давление в кишечнике

# ОРГАН, ИГРАЮЩИЙ НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

+ поджелудочная железа

желудок

слюнные железы

тонкая кишка

# В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ УЧАСТВУЕТ

+ липаза

трипсиноген

энтерокиназа

амилаза

# КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ ЭМУЛЬГИРОВАНИЮ ПОСТУПИВШИХ В ТОНКУЮ КИШКУ ЖИРОВ

+ свободные жирные кислоты и моноглицериды

микрофлора тонкой кишки

бикарбонаты панкреатического сока

бикарбонаты кишечного сока

# КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ ЖИРОВ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

+ моноглицериды

диглицериды

триглицериды

соли жирных кислот

# ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЛИПАЗЫ

+ поджелудочной железы

желудочная

лингвальная

кишечного сока

# НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОБЛАДАЕТ ЛИПАЗА

+ желудочная

лингвальная

поджелудочной железы

кишечного сока

# ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО УСВОЕНИЯ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕАДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ низкая активность поджелудочной липазы

низкая активность желудочной липазы

отсутствие желчных кислот

повышенное выделение желчных кислот

# НА КАКОМ ОСНОВНОМ УРОВНЕ ЖКТ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

+ преимущественно проксимальные отделы тонкой кишки

двенадцатиперстная кишка

желудок

преимущественно дистальные отделы тонкой кишки

# ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ В

+ всех отделах тонкой кишки

проксимальных отделах тонкой кишки

дистальных отделах тонкой кишки

двенадцатиперстной кишке

# РЕЗЕРВНОЙ ЗОНОЙ УСВОЕНИЯ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫСТУПАЕТ

+ подвздошная кишка

тощая кишка

восходящий отдел ободочной кишки

слепая кишка

# ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ БЕЛКОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

+ свободные аминокислоты

олигопептиды

макромолекулы белка

полипептиды

# ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

+ моносахариды

трисахариды

дисахариды

олигосахариды

# ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ ЖИРОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, В ОСНОВНОМ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

+ жирные кислоты

фосфолипиды

триглицериды

глицерин

# В КАКОМ ОТДЕЛЕ ЖКТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВСАСЫВАЮТСЯ КОРОТКО- И СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ

+ только в тонкой кишке

в желудке и тонкой кишке

только в желудке

в толстой кишке

# КОРОТКО- И СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ВСАСЫВАЮТСЯ

+ без эмульгирования

с предварительным эмульгированием желчными кислотами

подвергаясь ресинтезу в кишечной стенке

поступая в лимфу в виде хиломикронов

# ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ И МОНОГЛИЦЕРИДЫ ВСАСЫВАЮТСЯ

+ с предварительным эмульгированием желчными кислотами

без эмульгирования

в кровь

без ресинтеза в кишечной стенке

# К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН ОТНОСЯТ

+ стимуляцию перистальтики кишечника

снижение скорости пассажа кишечного содержимого

пробиотическое действие

образование гормонов и витаминов

# ПЕРЕВАРИВАЕМЫЕ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

+ расщепляются микрофлорой кишечника до короткоцепочечных жирных кислот

расщепляются микрофлорой кишечника до моносахаридов

выходят с калом в неизмененном виде

служат пластическим и энергетическим субстратом для микрофлоры

# БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОБРАЗОВАННЫХ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

+ используется для синтеза глюкозы в толстой кишке

выводится с калом

всасывается

используется для синтеза секреторных иммуноглобулинов

# КАКОВА ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОБРАЗУЮЩИХСЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

+ поддерживают оптимальное значение РН в просвете толстой кишки

являются энергетическим субстратом для микрофлоры

являются субстратом для синтеза биотина и фолиевой кислоты

обеспечивают утилизацию непереваренных компонентов

# ВОДИТЕЛЬ ДВИГАТЕЛЬНОГО РИТМА ЖЕЛУДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

+ верхней части тела по большой кривизне

области дна

области кардии

антральном отделе

# БЫСТРЕЕ ЭВАКУИРУЕТСЯ ИЗ ЖЕЛУДКА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПИЩА

+ жидкая

плохо пережеванная

жирная

плотная

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТРАНЗИТА ПИЩИ ПО ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

+ быстрее, чем у взрослых

медленнее, чем у взрослых

быстрее при искусственном вскармливании

опорожнения кишечника редкие

# ОКСИГЕНИРОВАННАЯ В ПЛАЦЕНТЕ КРОВЬ ПОСТУПАЕТ К ПЛОДУ ЧЕРЕЗ

+ пупочную вену

пупочную артерию

пупочные артерии

пупочные вены

# АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ ПРОТОК) СОЕДИНЯЕТ

+ лѐгочную артерию и аорту

пупочную и нижнюю полую вены

лѐгочную и правую подключичную артерии

аорту и левую подключичную артерии

# ФОРМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ шарообразная

капельная

вытянутая

треугольная

# РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ДЕТСКОГО СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

+ относительно большой массой сердца (на 1 кг массы тела)

магистральным типом коронарного кровотока

большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности

малым количеством анастомозов сосудов сердца

# СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИНУТУ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

+ 140

110

90

170

# СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ

+ 120

100

140

160

# СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

+ 100

90

80

120

# АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ

+ выше

не отличается

ниже

постоянно меняется

# ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА

+ кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см

по передней подмышечной линии

по срединно-ключичной линии

кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

# ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ВСЕГДА НАХОДИТСЯ КНУТРИ ОТ \_\_\_\_\_\_\_ ЛИНИИ

+ правой парастернальной

правой стернальной

левой стернальной

правой срединно-ключичной

# КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

+ просвет вен и артерий одинаков

просвет артерий относительно узкий

просвет артерий относительно широкий

стенки артерий очень плотные

# НИЗКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ

+ малым ударным объемом сердца

высоким удельным сопротивлением периферических сосудов

узким просветом сосудов малого круга кровообращения

незрелостью вагусной регуляции

# ОСОБЕННОСТЯМИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

+ большая звучность тонов, физиологическая тахикардия

приглушенность тонов, физиологическая тахикардия

физиологическая тахикардия, акцент второго тона на аорте

физиологическая брадикардия, приглушенность тонов

# ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ДОШКОЛЬНИКОВ ХАРАКТЕРНОДЫХАНИЕ

+ пуэрильное

жесткое

везикулярное ослабленное

усиленное бронхиальное

# СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

+ 25

35

20

15

# СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

+ 30

25

50

40

# СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЫСТЛАНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЭПИТЕЛИЕМ

+ однослойным многоядерным мерцательным

однослойным кубическим

однослойным плоским

переходным

# ПЛЕВРА СОСТОИТ ИЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЛИСТКОВ

+ париетального и висцерального

наружного и внутреннего

верхнего и нижнего

дафрагмального и верхушечного

# УЧАСТКОМ ЛЁГОЧНОЙ ДОЛИ, ВЕНТИЛИРУЕМЫМ ОДНИМ БРОНХОМ ТРЕТЬЕГО ПОРЯДКА, ЯВЛЯЕТСЯ

+ сегмент

доля

бронхиола

ацинус

# ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ

+ узость просвета бронхов

отсутствие коллатеральной вентиляции

недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек

недоразвитие дыхательного центра

# ВОЗНИКНОВЕНИЮ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЁГКИХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

+ узость просвета бронхов

недоразвитие дыхательного центра

горизонтальное положение ребер

широким просветом бронхов

# ПОВЕРХНОСТНЫЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ (МАЛЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕН

+ слабостью дыхательной мускулатуры

наклонным положением ребер

недоразвитием эластической ткани

узостью носовых ходов

# НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ апноэ во сне (до 10 секунд)

апноэ во сне (до 20 секунд и более)

глубоким вдохом

поверхностным дыханием

# ВОРОНКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГОРТАНИ, УЗОСТЬ ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ, БОГАТСТВО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРОВЕНОСНЫМИ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ СОСУДАМИ СОХРАНЯЮТСЯ У РЕБЕНКА ДО (ГОД)

+ 7

5

3

12

# ДЫХАНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА

+ оттеснения надгортанника большим языком

недоразвития носовых ходов

недоразвития челюсти

мягкости надгортанника

# СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА СОСТАВЛЯЕТ 1:4 С ВОЗРАСТА

+ 1 года

6 месяцев

10 лет

5 лет

# ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ

+ 40-60

16-18

30-35

60-70

# ПУЭРИЛЬНОЕ (УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ) У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

+ тонкой стенкой грудной клетки

узостью носовых ходов

широким просветом бронхов

плохим проведением ларингеального дыхания

# ДОЛЖЕНСТВУЮЩАЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

+ 20

18

25

15

# НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ АЦИНУСОВ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

+ 24

28

16

36

# У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ХУЖЕ ВЕНТИЛИРУЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_ СЕГМЕНТ ЛЁГКОГО

+ 6

3

1

7

# ФОРМИРОВАНИЕ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

+ 7 годам

рождению

4 годам

10 годам

# ОБРАЗОВАНИЕ СУРФАНКТАНТА ПРОИСХОДИТ С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

+ 24-35

36-38

16-20

39-40

# ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

+ 8 годам

рождению

2 годам

5 годам

# ТРАХЕЯ ДЕЛИТСЯ НА ПРАВЫЙ И ЛЕВЫЙ БРОНХ НА УРОВНЕ \_\_\_\_\_\_\_ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА

+ IV

VII

VI

Х

# ПРИЧИНОЙ СМЕЩЕНИЯ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ мягкость хрящевого каркаса

недоразвитие эластической ткани

нежность слизистой оболочки

обильная васкуляризация

# ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ЛЁГКИХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОПАДАЕТ В

+ нижнюю долю справа

среднюю долю справа

верхнюю долю слева

верхнюю долю справа

# РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ ЛЁГКОГО ЗАВЕРШАЕТСЯ К

+ 12 годам

5 годам

рождению

12 месяцам

# ИЗМЕРЕНИЕ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА ВОЗМОЖНО, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА (ГОД)

+ 5

3

7

10

# У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПОКОЕ В ПРЕДЕЛАХ (%)

+ 10

20

30

25

# ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШЕК ЛЁГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С (ГОД)

+ 5

7

3

2

# ОСОБЕННОСТЬЮ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ узость голосовой щели

хорошее развитие эластической ткани

недостаточное кровоснабжение слизистого слоя

гиперсекреция слизи

# ПРАВОЕ ЛЁГКОЕ ИМЕЕТ \_\_\_\_\_\_\_ ДОЛЮ/ДОЛИ

+ 3

2

1

4

# ЦЕНТР ДЫХАНИЯ РАСПОЛОЖЕН В

+ продолговатом мозге

мосту

среднем мозге

мозжечке

# АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С

+ незаконченной дифференцировкой дыхательного центра

недостатком сурфанктанта

слабостью сокращения диафрагмы

гипоксией дыхательного центра

# ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ обильное развитие кровеносных сосудов

хорошее развитие эластической ткани

хорошая воздушность лѐгочной ткани

большой диаметр бронхов

# ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ узкий просвет

широкий просвет

хорошее сопротивление спадению

хорошее развитие хрящевого каркаса

# ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ С

+ 6 месяцев до 5-7 лет

рождения до 8 лет

года до 8 лет

3 месяцев до 3 лет

# РАЗВИТИЕ РАССТРОЙСТВА КАПИЛЛЯРНОГО ЛЁГОЧНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

+ обильной васкуляризацией

недостаточным развитием эластической ткани

недостатком сурфактанта

особенностью строения грудной клетки

# СИНДРОМ ПОДРОСТКОВОГО (КАПЕЛЬНОГО) СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ обмороками, снижением АД, тахикардией, появлением шума в сердце

артериальной гипертензией

одышкой

брадикардией

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ

+ тихий, имеет мягкий тембр, не проводится экстракардиально, короткий

постоянный, диастолический, не зависит от положения тела и физической нагрузки

меняется после физической нагрузки, грубый, диастолический

связан с тонами, не зависит от положения тела и физической нагрузки

# ОСОБЕННОСТЯМИ ЭКГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СЧИТАЮТ

+ синусовую тахикардию, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1–V3 отведениях

синусовую брадикардию, левожелудочковые экстрасистолы

отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях

отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях

# ПРИ ОСМОТРЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ЗАМЕТНА СЛАБАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В ОБЛАСТИ

+ верхушечного толчка

сердечного толчка

основания сердца

эпигастрия в направлении сверху вниз

# «СЕРДЕЧНЫЙ ГОРБ» – ЭТО ДЕФОРМАЦИЯ (ВЫПЯЧИВАНИЕ) ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В

+ области проекции сердца на грудную клетку

левой подмышечной области

левом подреберье

правой половине грудной клетки

# УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА СВЯЗАНО С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЖЕЛУДОЧКА

+ гипертрофией левого

дилятацией правого

дилятацией левого

гипертрофией правого

# К ПРИЧИНАМ СМЕЩЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО ОТНОСЯТ

+ аортальные пороки, митральную недостаточность, левосторонний обтурационный ателектаз

митральный стеноз, дополнительную хорду

стеноз трикуспидального клапана

двустороннюю пневмонию с дыхательной недостаточностью II-III степени

# ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО СЕРДЕЧНОГО ТОЛЧКА У ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С

+ гипертрофией и дилятацией правого желудочка

гипертрофией и дилятацией левого желудочка

гипертрофией и дилятацией левого предсердия

препятствием току крови в аорте

# ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

+ при тиреотоксикозе

во время сна

при кровоизлиянии в мозг

при переохлаждении

# РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ дилятации и гипертрофии левого желудочка

дилятации и гипертрофии левого предсердия

полной блокаде правой ножки пучка Гиса

левосторонней пневмонии

# РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ высоком стоянии диафрагмы

полной блокаде правой ножки пучка Гиса

левосторонней пневмонии

пароксизмальной тахикардии

# РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ дилятации правого желудочка

дилятации левого желудочка

дилятации левого предсердия

гипертрофии левого предсердия

# РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ смещении средостения вправо

дилятации левого предсердия

дилятации левого желудочка

гипертрофии левого предсердия

# РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ транспозиции магистральных сосудов

тиреотоксикозе

пароксизмальной тахикардии

эмфиземе лѐгких

# РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

+ перикардите

гипотиреозе

пароксизмальной тахикардии

эмфиземе лѐгких

# ОСЛАБЛЕНИЕ (ПРИГЛУШЕННОСТЬ) ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ

+ при скоплении жидкости в полости перикарда

во время сна

при снижении массы тела

при психо-эмоциональном возбуждении

# УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ тиреотоксикозе

ожирении

брадикардии

бронхите

# УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ анемии

рахите

ожирении

брадикардии

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

+ мягкий тембр

связь с тонами

постоянство

грубый характер

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

+ отсутствие проведения за пределы сердца

хорошее проведение за пределы сердца

связь с тонами

постоянство

# ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

+ воспалительном поражении эндокарда

неравномерности роста отделов сердца и сосудов

дополнительной хорде в левом желудочке

снижении тонуса папиллярных мышц

# ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

+ анатомических изменениях клапанов

снижении тонуса папиллярных мышц

неравномерности роста отделов сердца и сосудов

дополнительной хорде в левом желудочке

# ОРГАНИЧЕСКИЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

+ грубый тембр

небольшая продолжительность

тихий, мягкий тембр

отсутствие связи с тонами

# АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ дующим систолическим шумом на верхушке

дующим диастолическим шумом на верхушке

диастолическим шумом в V точке

усилением I тона на верхушке

# АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ проведением шума в левую аксиллярную область

дующим диастолическим шумом на верхушке

диастолическим шумом в V точке

усилением I тона на верхушке

# ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ диастолический рокочущий шум на верхушке

ослабление I тона на верхушке

короткий систолический шум над аортой

дующий систолический шум на верхушке

# ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

+ ритм «перепела»

дующий систолический шум на верхушке

ослабление I тона на верхушке

систолический шум над лѐгочным стволом

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕЗИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ

+ надпочечниковой недостаточности

холестазе

заболеваниях мочевыделительной системы

бронхиальной астме

# ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ острое расширение границ сердца влево

фебрильная гипертермия

стойкая брадикардия

«сердечный горб»

# МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ДЕЛЯТСЯ НА

+ только первичные и вторичные

первичные, вторичные, третичные

связанные с сальными железами

связанные с потовыми железами

# БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

+ снижении артериального давления

повышении температуры воздуха

физической нагрузке

повышении артериального давления

# ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

+ гемолиза

заболеваний почек

употребления в пищу продуктов, богатых каротином

гиповитаминоза А

# ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

+ заболевания печени

гиповитаминоза А

отравления нитритами

заболеваний почек

# ЖЕЛТУШНОСТЬ СКЛЕР ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА ВЫШЕ (МКМОЛЬ/Л)

+ 20

15

25

30

# ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ сердечной недостаточности

заболевании почек

заболевании печени

геморрагических заболеваниях

# ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

+ заболеваниях лѐгких

геморрагических заболеваниях

заболевании почек

заболевании печени

# ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРЕМИИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ воспалительное поражение кожи

снижение температуры окружающего воздуха

снижение артериального давления

заболевание паренхимы почек

# ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

+ повышенное разрушение эритроцитов

аномалия строения эритроцитов

аномалия строения гемоглобина

несовместимость матери и ребенка по группам крови

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА \_\_\_\_\_\_\_\_ ДЕНЬ ЖИЗНИ

+ 2-3

1

5-7

10-14

# ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЖИЗНИ

+ 7-10 дню

4-5 дню

3-4 неделе

5-6 неделе

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

+ контроля массы тела и диуреза

пальпации

перкуссии

контроля выпитой жидкости

# ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

+ определения диуреза с учетом количества выпитой жидкости

определения артериального давления и диуреза

определения диуреза и протеинурии

определения артериального давления и количества выпитой жидкости

# БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

+ надпочечников

печеночной

почечной

сердечной

# ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОГО РАЗВИТИЯ ПОДКОЖНОГО ЖИРОВОГО СЛОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

+ синдром мальабсорбции

гипотиреоз

избыточное употребление углеводов

острая респираторная инфекция

# ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ

+ только кожные покровы

только слизистые оболочки

кожа, слизистые оболочки, склеры

преимущественно кожные покровы лица

# ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ

+ преимущественно ладони и стопы

только слизистые оболочки

кожа, слизистые оболочки, склеры

преимущественно живот и спина

# ПОЛОСТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ пузырек

узел

волдырь

папула

# ПРИ ПСЕВДОАНЕМИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ АНЕМИИ ЦВЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

+ ярко-розовый

бледный

цианотичный

желтушный

# ЛОМКОСТЬ И БУГРИСТОСТЬ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ДЕФИЦИТЕ

+ белка

железа

хрома

витамина А

# ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

+ хронической дыхательной недостаточности

хронической почечной недостаточности

хронической надпочечниковой недостаточности

длительного дефицита питания

# ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЯМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ

+ сосудистые пятна, не выступающие над кожей

пятна со скоплением пигментообразующих клеток

участки кожи с сетчатым («мраморным») рисунком

сосудистые пятна, выступающие над поверхностью кожи

# МОНГОЛОИДНЫМИ ПЯТНАМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ

+ пятна со скоплением пигментообразующих клеток кожи

сосудистые пятна, не выступающие над кожей

сосудистые пятна, выступаюшие над кожей

участки кожи с мраморным рисунком

# БОРОЗДОЙ ФИЛАТОВА-ГАРРИСОНА НАЗЫВАЕТСЯ

+ ладьевидное углубление в области прикрепления диафрагмы

деформация грудной клетки вследствие нарушения осанки

западание в области грудины

углубление в месте прикрепления мечевидного отростка

# ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ ОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЛИНИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ГРУДИНЕ

+ передней аксиллярной

срединноключичной

парастернальной

задней аксиллярной

# ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ РЕБЕР

+ V-VIII

I-III

II-IV

I-IV

# ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРОВОДИТСЯ В

+ первые дни жизни

3 месяца

1 год

6 месяцев

# ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

+ врожденный вывих бедра

пороки развития отдельных костей

врожденные хондро- и остеодисплазии

наследственные заболевания группы «Osteogenesis Imperfecta»

# СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЦ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ

+ визуально и пальпаторно

только пальпаторно

только визуально

при перкуссии

# МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НАПРЯЖЕНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕСЯ

+ постоянно

транзиторно

только пальпаторно

только при динамометрии

# КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

+ асимметрия уровней плеч

равенство треугольников талии

асимметрия уровней подвздошных костей

равенство уровней плеч

# МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НАПРЯЖЕНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, КОТОРОЕ ОЦЕНИВАЮТ

+ визуально и пальпаторно

только визуально

только пальпаторно

только при динамометрии

# МЫШЕЧНОЙ АСИММЕТРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОДИНАКОВАЯ СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЦ

+ верхних и нижних конечностей

плеча и предплечья

одноименных на обеих половинах тела

бедра и голени

# ОБ АСИММЕТРИИ ОДНОИМЕННЫХ МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ РАЗНИЦА ОКРУЖНОСТЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ МИНИМУМ (ММ)

+ 10

5

20

30

# МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

+ гипоксически-ишемических поражений головного мозга

повреждения головного мозга в результате ядерной желтухи

аномалий развития мочевыделительной системы

врожденных нервно-мышечных заболеваний

# МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К

+ спастическому сокращению мышц

гипертонусу мышц

полной утрате движений в суставе

увеличению объема пассивных движений в суставе

# МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К

+ ограничению движений в суставе

увеличению объема пассивных движений в суставе

полной утрате движений в суставе

гипертонусу мышц

# ГИПЕРНАТРИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ жаждой

адинамией

отказом от питья

снижением сухожильныех рефлексов

# ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ тахикардией

брадикардией

высоким остроконечным зубцом Т на ЭКГ

смещением интервала ST выше изолинии на ЭКГ

# ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ

+ микционная цистоуретрография

нефросцинтиграфия

ультразвуковое исследование почек

цистоскопия

# МИКЦИОННАЯ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ ДЛЯ ОЦЕНКИ

+ заброса мочи в мочеточники

состояния слизистой оболочки мочевого пузыря

наличия конкрементов в мочевом пузыре

положения устьев мочеточников

# ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

+ уродинамическое обследование

микционная цистоуретрография

ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря

цистоскопия

# БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

+ пиелонефрита

цистита

первичной тубулопатии

нейрогенного мочевого пузыря

# ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

+ появляются в первую очередь на лице

появляются только вечером

появляются в первую очередь на ногах

твердые

# ПОЧЕЧНЫЕ ОТЕКИ

+ бледные

появляются только вечером

появляются в первую очередь на ногах

цианотичные

# О НАЛИЧИИ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ СУДЯТ ПО

+ ускорению рассасывания кожной «волдырной» пробы

замедлению рассасывания кожной «волдырной» пробы

наличию влажных хрипов в легких

повышению артериального давления

# НИКТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ преобладание ночного диуреза над дневным

преобладание дневного диуреза над ночным

снижение фильтрационной функции почек

нарушение концентрационной функции почек

# СИНДРОМОМ ДИЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ расстройство акта мочеиспускания

нарушение концентрационной функции почек

увеличение количества выделенной мочи

уменьшение количества выделенной мочи

# СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

+ болезненное мочеиспускание

увеличение диуреза

уменьшение диуреза

преобладание ночного диуреза над дневным

# ПОЛЛАКИУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ учащение мочеиспусканий

урежение мочеиспусканий

боль при мочеиспускании

увеличение диуреза

# УЧАЩЕННЫЕ, БОЛЕЗНЕННЫЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С БОЛЯМИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

+ цистита

гломерулонефрита

пиелонефрита

рефлюкс-нефропатии

# ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

+ непроизвольное мочеиспускание во время сна

задержка мочеиспускания

произвольное мочеиспускание во время бодрствования

учащение мочеиспускания

# МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЮТСЯ

+ количественные и качественные изменения мочи при заболеваниях

клинические признаки нарушения выведения мочи

расстройства акта мочеиспускания

изменения окраски и прозрачности мочи

# ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

+ лейкоцитурия

гематурия

кристаллурия

протеинурия

# ПОЛНЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

+ отеков

артериальной гипертензии

макрогематурии

боли в пояснице

# ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ

+ выраженная протеинурия

лейкоцитурия

цилиндрурия

гематурия

# ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ

+ гематурия

лейкоцитурия

цилиндрурия

протеинурия

# СИМПТОМОМ ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ дизурия

боль в пояснице

фебрильная температура

отечность голеней

# ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ азотемия

протеинурия

гиперлипидемия

гематурия

# ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ГИПЕРАЗОТЕМИИ БОЛЕЕ (МЕС.)

+ 3

5

2

12

# ИЗОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ

+ 1010-1012

1002-1012

1005-1015

1000-1010

# ГИПОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ

+ 1002-1008

1008-1015

1010-1012

1015-1018

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОТЕРЕ БЕЛКА ЗА СУТКИ БОЛЕЕ (МГ)

+ 100

50

30

10

# ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В НАЛИЧИИ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)

+ 3

2

1

0

# ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОБНАРУЖЕНИИ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ (ПРОБА НЕЧИПОРЕНКО) ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ

+ 1000

200

500

100

# ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И НЕДОСТАТОЧНОМ ПИТАНИИ РАНЬШЕ ВСЕГО ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИРОСТЫ

+ массы тела

длины тела

окружности головы

окружности груди

# ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ НИЗКОГО РОСТА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ РОСТА ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ \_\_\_\_\_\_\_\_ ЦЕНТИЛЯ

+ 3

25

10

75

# ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИМ ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ, ВЫХОДЯЩИЙ ЗА ПРЕДЕЛЫ \_\_\_\_\_\_\_ ЦЕНТИЛЯ

+ 97

90

75

50

# ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ВЗВЕШИВАНИЯ

+ 1 раз в сутки

каждые 6 часов

1 раз в неделю

1 раз в месяц

# ПРИ ОЦЕНКЕ ОТКЛОНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА РАСЧЕТ ДЕФИЦИТА ИЛИ ИЗБЫТКА МАССЫ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТА МАССЫ ПО

+ росту (длине тела)

возрасту

окружности головы и груди

площади тела

# ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ МАССА ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ \_\_\_\_\_\_\_ ЦЕНТИЛЯ

+ 3

25

10

75

# НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

+ гипотрофия

нанизм

гипостатура

паратрофия

# КРИПТОРХИЗМ РАССМАТРИВАЮТ КАК

+ неопущение яичек в мошонку

недоразвитие наружных половых органов

гипогонадизм

сращение крайней плоти

# СТИГМАМИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА НАЗЫВАЮТ

+ малые аномалии развития наружных частей тела

врожденные пороки развития органов и систем

большие родимые пятна

большие аномалии развития наружных частей тела

# КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_ СТИГМ

+ 5-6

2-3

3-4

1-2

# ПОД ВИТИЛИГО ПОНИМАЮТ

+ депигментированное пятно с зоной гиперпигментации по краю

пятно цвета «кофе с молоком» на коже

усиление пигментации кожи

сосудистые пятна на коже

# ПОД СИНДАКТИЛИЕЙ ПОНИМАЮТ

+ сращение минимум двух пальцев

увеличение количества пальцев

изменение формы пальцев

изменение размеров пальцев

# РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ ОБУСЛОВЛЕНО НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

+ йода

кальция

железа

селена

# СОЦИОПАТИЧЕСКОЙ СЧИТАЮТ СЕМЬЮ

+ в которой один или оба родителя страдают алкоголизмом, наркоманией или находятся в заключении

с низким материальным достатком, нуждающуюся в социальной поддержке

один из членов которой болен туберкулезом или другим хроническим заболеванием

с ребенком-инвалидом, нуждающимся в социальном обеспечении

# ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ У РЕБЕНКА РАЗВИВАЕТСЯ

+ нарушение физического и психического развития

аутосомно-рецессивная форма карликовости

синдром Шерешевского-Тернера

элефантиаз

# ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ наибольшая относительная поверхность тела

наименьшая относительная поверхность тела

преобладание теплопродукции над теплоотдачей

низкий клеточный метаболизм

# НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОЦЕССЫ РОСТА И РАЗВИТИЯ ПРОТЕКАЮТ В ВОЗРАСТЕ

+ грудном

дошкольном

младшем школьном

подростковом

# В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНОК ЗАСЫПАЕТ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ (ЧАС)

+ 1,5-2

3

4-4,5

5

# КАКОЙ ФАКТОР РЕЖИМА ДНЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА РОСТ ДЕТЕЙ

+ адекватная физическая подвижность, достаточность сна

чѐткое соблюдение режима питания

прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов

включение в досуг детей посещение спортивных секций

# НАРУШЕНИЕ УСВОЕНИЯ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АНЕМИИ

+ В12

В1

В2

В6

# ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

+ равен 25-30

меньше 18,5

равен 18,5-25

больше 30

# ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

+ 18,5-25

меньше 18,5

25-30

больше 30

# ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

+ пробу Генчи и Штанге

гарвардский степ-тест

пробу Леви-Гориневского

тест Мартине-Кушелевского

# ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

+ велоэргометрию

пробу Леви-Гориневского

корректурную пробу

тест Векслера

# НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РЕБЁНКА

+ дистальные отделы эпифизов трубчатых костей

диафизы трубчатых костей

ребра и лопатки

кости таза

# ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ удлиненным выдохом

осиплостью голоса

грубым лающим кашлем

стридорозным дыханием

# САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТРИДОРА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

+ ложный круп

эпиглоттит

аспирация инородного тела

анафилаксия

# ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гипокальциемия

гиперкальциемия

гипофосфатемия

гипокалиемия

# НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

+ затрудненный выдох

ослабление дыхания при аускультации лѐгких

затрудненный вдох

асимметричные влажные хрипы в лѐгких

# К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ

+ деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец T

уплощение зубца T

снижение интервала ST, отрицательный зубец T

снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ

# ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

+ двумя пальцами

основанием ладони одной руки

двумя руками

одним пальцем

# К СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

+ симптом «подвешивания» Лессажа

судороги

гипертермию

симптом Греффе

# ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА

+ занижает реальный уровень систолического артериального давления

не влияет на правильность измерения

завышает реальный уровень систолического артериального давления

завышает реальный уровень диастолического артериального давления

# ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО

+ на ЭКГ

при пальпации верхушечного толчка

при аускультации

по пульсу на крупных артериях

# АТРИОМЕГАЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ТОНА

+ дополнительного четвертого

дополнительного третьего

отсутствием второго

отсутствием первого

# УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

+ правожелудочковой сердечной недостаточности

сосудистой недостаточности

левожелудочковой сердечной недостаточности

синусовой аритмии

# ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

+ падением артериального давления

сухими хрипами в лѐгких

влажными хрипами в лѐгких

влажным кашлем

# СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

+ заболеваний желудочно-кишечного тракта

врожденных пороков сердца

тяжелых нарушений сердечного ритма

инфекционного эндокардита

# ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

+ появлением влажных хрипов в лѐгких, тахикардией, тахипноэ

увеличением размеров печени

повышением артериального давления

отеками на ногах

# ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

+ наличием в них подслизистой основы и высокой степени васкуляризации

особенностями мышечного аппарата гортани

узостью голосовой щели

состоянием голосовых связок

# ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ гиперкапния

гипокалиемия

гиперкалиемия

гипоксия

# К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

+ дыхательную недостаточность

кишечный токсикоз

надпочечниковую недостаточность

судорожный синдром

# ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ТИП ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

+ смешанный

констриктивный

рестриктивный

обструктивный

# КАРБОГЕМОГЛОБИН ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ СВЯЗЫВАНИИ ГЕМОГЛОБИНА С ОКСИДОМ

+ углерода (IV)

азота (IV)

азота (II)

углерода (II)

# ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ (БАЛЛ)

+ менее 3

4-5

5-7

8-10

# НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ СВЕДЕНИЙ О НЕМ СОГЛАСНО ПРИКАЗА МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО (МЕС.)

+ 1

2

6

12

U1 Пропедевтика детских болезней

U2 Методика исследования и семиотика поражений органов и систем детей с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей

U3 Физическое развитие детей

# Антропометрические исследования проводят детям до 1 года на профилактических приемах:

+ ежемесячно

1 раз в 10 дней

ежеквартально

1 раз в 15 дней

1 раз в полугодие

# В третьем квартале жизни рост ребенка ежемесячно увеличивается на:

+1,5 см)

4,5-6,0 см

7-8 см

10-12 см

9-10 см

# Рост здорового ребенка в первые 3 месяца жизни увеличивается ежемесячно на:

2-2,5 см

+3-3,5 см

4-4,5 см

4,5-5,5 см

6-6,5 см

# Масса тела детей 2-11 лет рассчитывается по формуле (где п – число лет):

3п

5п - 20

10,5 + 3п

+10,5 + 2п

по всем формулам

# С какого возраста определяется у ребенка положительный Филиппинский тест?

3-4 года

1-2 года

+5-7 лет

8-10 лет

# Индекс Эрисмана представляет собой

сумму окружности груди и головы в см

+разность между окружностью груди и полуростом в см

разность между окружностями груди и головы в см

сумму окружности груди и полуроста в см

разность между ростом и окружностью груди в см

# Укажите сроки второго периода вытяжения (ускорения роста):

8 - 10 лет у мальчиков и 10 - 12 лет у девочек

11 - 12 лет у мальчиков и 8 - 10 лет у девочек

13 - 16 лет у мальчиков и 8 - 10 лет у девочек

+13 - 16 лет у мальчиков и 10 - 15 лет у девочек

# Рост здорового ребенка к 1 году составляет:

60-65 с

65-70 см

+75-80 см

80-85 см)

85-90 см

# Индекс Чулицкой представляет собой:

+3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени - рост

2 окружности головы + окружность бедра - полурост

рост (длина тела) - окружность головы

окружность головы + окружность бедра - полурост

# Термин "физическое развитие" в педиатрии понимается как динамический процесс:

биологического созревания отдельных органов и систем ребенка

роста ребенка в том или ином периоде детства

+роста и биологического созревания ребенка в том или ином периоде детства

роста ребенка и биологического созревания отдельных систем

# Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:

45 - 47 см

47 - 49 см

+50 - 53 см

53 - 55 см

55 - 56 см

# Окружность груди доношенного ребенка при рождении составляет:

28 - 30 см

30 - 32 см

+32 - 34 см

34 - 36 см

36 - 38 см

# Окружность головы доношенного ребенка при рождении составляет:

30 - 32 см

32 - 34 см

+34 - 36 см

36 - 38 см

38 - 40 см

\* При каких величинах массо-ростового показателя следует думать о наличии внутриутробной гипотрофии?

+45

+50

+55

60

# Средняя масса (в г) доношенного новорожденного составляет:

2700 - 2900

+3000 - 3500

3600 - 3900

4000 - 4500

\* Низкий рост у детей обусловливается:

+хроническими заболеваниями

острыми инфекциями

+генетическими факторами

+метеорологическими факторами

\* Период полового созревания характеризуется:

+развитием вторичных половых признаков

замедлением нарастания массы тела

отставанием «костного» возраста от биологического

+неустойчивостью вегетативной регуляции

+ускорением темпов роста и прибавки массы

снижением мышечной массы

U3 Нервно-психическое развитие детей

# Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:

кровоснабжение хуже, отток лучше

кровоснабжение хуже, отток затруднен

кровоснабжение лучше, отток лучше

+кровоснабжение лучше, отток затруднен

# Клетки спинномозговой жидкости у детей раннего возраста представлены:

лимфоцитами и нейтрофилами

+лимфоцитами

нейтрофилами

# Проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми:

такая же

ниже

+выше

# Головной мозг новорожденного относительно массы тела:

больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, большой глубины

+больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, малой глубины

малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины

малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, большой глубины

\* Движения новорожденного ребенка:

целенаправленные

+атетозоподобные

+хаотичные

червеобразные

+генерализированные

\* Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

выполнение поручений "найди" и "положи"

+гуление

+лепет

поисковая реакция на вопрос "где?"

\* «Сенсорная речь» – это:

связывание слов в предложение

+поисковая зрительная реакция на вопрос "где?"

произнесение отдельных слов

+ответные действия на просьбу взрослого

+связывание слов с определенным предметом

# У ребенка моторная речь появляется чаще в возрасте:

5 - 6 мес

7 - 8 мес

8 - 9 мес

+10 - 12 мес

12 - 15 мес

\* Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 месяц:

+вызываются рефлексы новорожденного

хорошо и долго удерживает голову в вертикальном положении

+фиксирует взгляд на ярком предмете или лице взрослого

+появляется прослеживание взором за движущимся предметом

гулит

\* Показатели нервно-психического развития ребенка в 3 месяца:

+гулит

переворачивается с живота на спину

отличает близких от чужих

+лежа на животе поднимает голову и опирается на предплечья

+на общение отвечает "комплексом оживления"

\* Показатели нервно-психического развития ребенка в 6 месяцев:

+узнает голос матери

ползает

+берет в руку игрушку, размахивает ею

+произносит отдельные слоги

\* Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 месяцев:

знает 10 - 12 слов

+дает знакомый предмет по просьбе взрослого

самостоятельно ходит

+встает и стоит с поддержкой

пьет из чашки самостоятельно

\* Показатели психомоторного развития, характеризующие ребенка в возрасте 7 месяцев:

+на вопрос "где" взглядом находит предмет

+перекладывает игрушку из руки в руку

произносит 8-10 слов

+ползает

пьет самостоятельно из чашки

\* Показатели психомоторного развития, характеризующие ребенка в возрасте 8 месяцев:

пытается рисовать

ходит, держась за опору

+самостоятельно садится

+громко произносит слоги

+самостоятельно держит в руках сухарик

# Уровень сенсорного развития ребенка 2 лет:

рассказывает действия персонажей сказки

+подбирает по образцу предметы 4 цветов

называет 4 основных цвета

\* Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 год:

+начинает ходить самостоятельно

самостоятельно ест ложкой

+самостоятельно пьет из чашки

+произносит 5-10 слов

приседает, наклоняется, начинает перешагивать через препятствия

U3 Кожа и подкожно-жировая клетчатка у детей

\* Физиологические особенности кожи детей раннего возраста:

снижена резорбционная функция

+высокая интенсивность дыхания

отсутствие образования витамина Д

+слабо выражена защитная функция

+несовершенство регуляции температуры тела через кожу

\* Особенности сальных желез у грудных детей:

+могут перерождаться в кисты

+начинают функционировать внутриутробно

сконцентрированы на ладонях и подошвах

начинают функционировать после рождения

+распространены по всей коже, кроме ладоней и подошв

\* Особенности потовых желез у детей раннего возраста:

начинают функционировать внутриутробно

+достаточно выраженное функционирование с 3-4 месяцев

+усиленное потоотделение на коже головы

усиленное потоотделение в подмышечных впадинах, паховых складках

+при рождении недоразвитие выводящих протоков

\* У грудных детей легкость повреждения и инфицирования кожи связана с:

+склонностью к мацерации

+незрелостью местного иммунитета

толстым, рыхлым, роговым слоем

+тонкостью кожи

кислой реакцией (рН) кожи

# Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных в среднем:

появляется на 1 - 2, исчезает на 5 – 7 день жизни

+появляется на 2 - 3, исчезает на 7 - 10 день жизни

появляется на 4 - 5, исчезает на 10 - 14 день жизни

# Отношение подкожно-жирового слоя у детей к массе тела по сравнению со взрослыми:

+больше

меньше

такое же

# В грудной, брюшной полостях и забрюшинном пространстве скопление жировой клетчатки почти отсутствует:

до 2-3 летнего возраста

до 4-5 летнего возраста

+до 5-7 летнего возраста

до 9-10 летнего возраста

\* У детей раннего возраста дерма имеет:

преимущественно волокнистую структуру

+преимущественно клеточную структуру

толстые коллагеновые волокна

+слабо развитые эластичные волокна

\* Кожа здорового новорожденного характеризуется:

+более тонким эпидермисом, чем у взрослых

+зернистый слой выражен слабо

более толстым эпидермисом, чем у взрослых

+базальный слой выражен хорошо

# Под склеремой понимается:

уплотнение, захватывающее всю подкожно-жировую клетчатку

+ограниченное уплотнение подкожно-жирового слоя

исчезновение подкожно-жирового слоя

отечность подкожно-жирового слоя

избыточное образование подкожно-жирового слоя

\* Местное повышение температуры у детей наблюдается при:

спазме сосудов

+воспалении суставов

+при рожистом воспалении

поражении периферической нервной системы

поражении центральной нервной системы

# Под тургором мягких тканей понимают:

ощущение сопротивления, получаемое при сдавливании кожи и подкожной клетчатки

ощущение при надавливании мягких тканей к близко лежащей кости

+ощущение упругости при сдавливании всех мягких тканей

ощущение эластичности

ощущение своеобразного треска - крепитации при надавливании

\* Клинические признаки дегидратации:

+снижение массы тела на 5% и более

увеличение массы циркулирующей крови

+сухость склер и слизистых

+потеря тургора тканей

увеличение диуреза

\* Объективно при гипотрофии 1 степени наблюдается:

+общее самочувствие удовлетворительное, психомоторное развитие соответствует возрасту

тургор тканей снижен

+эластичность кожи не изменена

бледность кожных покровов

# При гипотрофии 2 степени дефицит массы составляет:

10 - 19%

+20 - 29%

30 - 39%

40 - 49%

50% и выше

# Укажите порядок исчезновения подкожного жира при гипотрофии у детей:

лицо, туловище, конечности, живот

туловище, живот, лицо, конечности

+живот, туловище, конечности, лицо

#U3 Костно-мышечная система у детей

# У детей раннего возраста основная масса мышц:

+приходится на мышцы туловища

приходится на мышцы конечностей

распределяется равномерно по телу

\* Для позы здорового доношенного новорожденного ребенка характерно:

+руки согнуты в локтях

+колени и бедра притянуты к животу

лежит на спине с вытянутыми руками и ногами

+руки и ноги после разгибания возвращаются в первоначальное положение

наблюдается сгибание ног в коленях и тазобедренных суставах, но руки остаются вытянутыми

\* Для мышечной системы новорожденного справедливы следующие утверждения:

+во время сна мышцы не расслабляются

преобладает тонус мышц-разгибателей

во время сна мышцы расслабляются

+преобладает тонус мышц-сгибателей

чувствительность к электрическому току повышена

# Физиологические изгибы позвоночника у новорожденного:

+не определяются

такие же как у взрослого

имеется грудной кифоз

имеется поясничный лордоз

имеется шейный лордоз

# Закрытие швов черепа у доношенных детей происходит к возрасту:

1 – 2 мес.

2 -3 мес.

+3- 4 мес.

5 -6 мес.

# Малый родничок у доношенных детей закрывается в возрасте:

2 недель

+1 -2 мес.

3 -4 мес.

4 -5 мес.

# Сроки закрытия большого родничка:

7 -9 мес.

10 -11 мес.

+1 – 1,5 года

1,5 – 2 года

2- 3 года

\* У новорожденного ребенка открыты швы:

+стреловидный

лобный

+венечный

+затылочный

# Соответствие количества молочных зубов возрасту ребенка рассчитывается по формуле (n- возраст ребенка в мес.):

n-2

+n-4

n-6

n-8

# Прорезывание всех молочных зубов заканчивается к возрасту:

1-1,5 года

1,5 - 2 года

+2-2,5 года

2,5-3 года

# Первые постоянные зубы появляются в возрасте:

3-4 лет

4-5 лет

+5-6 лет

7-8 лет

# Первые зубы у здорового ребенка прорезаются в возрасте:

2 - 3 месяца

3 - 4 месяца

5 - 6 месяцев

+6 - 8 месяцев

9 - 10 месяцев

\* Нарушение второй стадии остеогенеза (минерализация кости) возникает при:

гипервитаминозе Д

+гиповитаминозе Д

сдвиге рН в щелочную сторону

+сдвиге рН в кислую сторону

+дефиците кальция, фосфора и других минералов

\* Перемоделирование и самообновление кости:

+регулируется паратгормоном

регулируется тироксином

+зависит от обеспеченности витамином Д

не зависит от обеспеченности витамином Д

+регулируется тиреокальцитонином

\* Гиперкальциемия развивается в результате следующих механизмов:

+уменьшение почечной экскреции кальция

усиление почечной экскреции кальция

+вымывание кальция из костей

уменьшение кишечного всасывания кальция

+усиление кишечного всасывания кальция

\* Меньшая ломкость костей у детей раннего возраста обусловлена:

большим содержанием плотных веществ

+волокнистым строением кости

+большим содержанием воды

+меньшим содержанием плотных веществ

\* Определение костного возраста имеет значение для:

оценки отклонения в массе

оценки нервно-психического развития

+оценки биологического возраста

+контроля за применением стероидов

+оценки отклонения в росте и развитии

оценки полового развития

U3 Дыхательная система у детей

\* Анатомические особенности полости носа у детей раннего возраста:

+недоразвитие полостей

+нежность слизистой оболочки

+узость носовых ходов

плотность хрящей

\* Особенностями гортани у детей раннего возраста являются:

+нежность слизистой оболочки

хорошее развитие эластической ткани

+узость голосовой щели

+податливость хрящей

\* При заболевании детей раннего возраста развитию обструкции бронхов способствуют:

отсутствие коллатеральной вентиляции

+гиперсекреция слизи

+узость просвета бронхов

недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек

+недоразвитие хрящевого каркаса и эластических волокон

\* Особенностями бронхов у детей раннего возраста являются:

+слабое развитие мышечных и эластических волокон

недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек

+узкий просвет бронхов

+недоразвитие хрящевого каркаса

хорошее сопротивление спадению бронхов

\* Особенностями легочной ткани у детей раннего возраста являются:

+обильное развитие кровеносных сосудов

+недоразвитие эластической ткани

+недостаточное развитие ацинуса

хорошая воздушность легочной ткани

широкие бронхиолы

\* У детей раннего возраста поверхностный характер дыхания (малый дыхательный объем) обусловлен:

большей частотой дыхания

+небольшой массой легких

+слабостью дыхательной мускулатуры

+горизонтальным положением ребер

наклонным положением ребер

\* Пуэрильное дыхание у детей обусловлено:

+тонкой стенкой грудной клетки

широким просветом бронхов

узостью носовых ходов

+примесью ларингеального дыхания

+малой воздушностью легочной ткани

\* При заболеваниях грудных детей возникновению ателектазов легких способствуют:

+отсутствие коллатеральной вентиляции

недоразвитие дыхательного центра

+гиперсекреторная реакция слизистой оболочки бронхов при воспалении

+узость просвета бронхов

\* Неустойчивый ритм дыхания в первые месяцы жизни у здоровых детей проявляется:

+неравномерностью пауз между вдохом и выдохом

+чередованием глубоких вдохов с поверхностными

+кратковременным апноэ во сне

апноэ более 20 секунд во сне

# У детей пуэрильное дыхание выслушивается в возрасте:

с рождения до 4 лет

с 6 месяцев до 12 лет

+с 6 месяцев до 5 - 7 лет

с 1 года до 8 лет

# У доношенных новорожденных частота дыхания составляет при спокойном бодрствовании:

25 - 30 в 1 минуту

30 - 40 в 1 минуту

+40 - 50 в 1 минуту

60 - 70 в 1 минуту

# У годовалого ребенка частота дыхания составляет:

20 - 25 в 1 минуту

+30 - 35 в 1 минуту

40 - 45 в 1 минуту

50 - 55 в 1 минуту

# У ребенка 5 лет частота дыхания составляет:

18 - 20 в 1 минуту

+23 - 25 в 1 минуту

28 - 30 в 1 минуту

33 - 35 в 1 минуту

# Нижние границы правого легкого у детей по среднеключичной линии:

V ребро

+VI ребро

VIII ребро

X ребро

# Количество сегментов левого легкого:

+9

10

11

с возрастом увеличивается

с возрастом уменьшается

# С какого возраста возможно определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей Кренига:

с 1 года

с 3 лет

с 5 лет

+с 7 лет

с 15 лет

# Везикулярное дыхание выслушивается:

у новорожденного

от 3 до 6 месяцев

от 6 месяцев до 1 года

от 1 года до 5 лет

+с 5 - 7 лет

# Соотношение вдоха и выдоха при везикулярном дыхании:

+выдох составляет 1/3 вдоха

выдох длиннее вдоха

выдох составляет большую часть вдоха

\* Основные признаки одышки:

+участие в дыхании вспомогательной мускулатуры

+учащение дыхания

+цианоз носогубного треугольника

аускультативно - бронхиальное дыхание

кашель, насморк

\* Инспираторная одышка клинически проявляется:

+втяжением межреберий, подложечного пространства

затрудненным выдохом

+затрудненным вдохом

грудная клетка слабо участвует в акте дыхания

всеми перечисленными признаками

# Дыхание с громкими, слышными на расстоянии вдохом и выдохом называется:

одышкой смешанного типа

+стенотическим дыханием

инспираторной одышкой

экспираторной одышкой

\* Экспираторная одышка клинически проявляется:

затрудненным вдохом

+грудная клетка приподнята кверху и не участвует в акте дыхания

+затрудненным удлиненным выдохом

втяжением межреберных и подключичных пространств

всеми перечисленными признаками

\* Экспираторная одышка наблюдается при:

+бронхиальной астме

+сдавлении крупных бронхов извне

бронхите

плеврите

пневмонии

\* Ослабление голосового дрожания отмечается при:

бронхите

+пневмотораксе

+выпотном плеврите

пневмонии

+ателектазе

# Усиление голосового дрожания отмечается при:

ателектазе

+пневмонии

бронхите

гидротораксе

пневмотораксе

\* Инспираторная одышка наблюдается при:

+инородном теле в верхних дыхательных путях

бронхиальной астме

+врожденном сужении гортани

+пневмонии

бронхите

# Коробочный оттенок легочного звука отмечается при:

бронхите

+эмфиземе

ателектазе

экссудативном плеврите

\* Укорочение перкуторного звука отмечается при:

+жидкости в плевральной полости

+ателектазе

+пневмонии

полости в легких

эмфиземе

# Симптом Кораньи определяется:

перкуторно у рукоятки грудины

перкуторно паравертебрально

перкуторно в аксиллярных отделах

аускультативно на остистых отростках позвонков

+перкуторно на остистых отростках позвонков

# Симптом Филатова определяется:

+перкуторно в области рукоятки грудины

перкуторно паравертебрально

перкуторно в подмышечных областях

аускультативно на остистых отростках позвонков

перкуторно на остистых отростках позвонков

# При увеличении внутригрудных лимфатических узлов отмечаются следующие симптомы, кроме:

симптома чаши Философова

+симптома Кернига

симптома Филатова

симптома д" Эспина

симптома Аркавина

симптома Кораньи

\* Шум трения плевры может наблюдаться при:

диафрагмальной грыже

+резком обезвоживании

+фибринозном воспалении плевры

ателектазе

\* Ослабленное дыхание над легкими выслушивается при:

+пневмонии

+эксудативном плеврите

+ателектазе

сухом плеврите

бронхите

\* Дыхательная недостаточность I степени у детей ясельного возраста характеризуется:

брадикардией

+наличием цианоза носогубного треугольника при нагрузке

+одышкой при нагрузке

одышкой в состоянии покоя

тахикардией в состоянии покоя

# Потребность в кислороде на 1 кг массы тела у детей по сравнению со взрослыми:

+больше

меньше

такая же

# Жизненная емкость легких это:

максимальное количество воздуха, которое может быть провентилировано за 1 минуту

+количество воздуха, максимально выдыхаемого после максимального вдоха

максимальный объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

максимальный объем воздуха, который можно спокойно выдохнуть после спокойного вдоха

\* Жизненная емкость легких включает в себя:

+дыхательный объем

+резервный объем выдоха

+резервный объем вдоха

объемную скорость вдоха

максимальную вентиляцию

\* Методом спирографии пользуются для определения:

+дыхательного объема

+резервного объема выдоха

+жизненной емкости легких

U3 Сердечно-сосудистая система у детей

# Аранциев проток впадает в:

+нижнюю полую вену

верхнюю полую вену

аорту

воротную вену

печеночную вену

# Боталов проток соединяет:

пупочную вену с легочной артерией

+легочную артерию с аортой

пупочную вену с нижней полой веной

большой и малый круги кровообращения

# Анатомическое перекрытие артериального протока происходит:

+в 2 месяца

в момент вдоха

в 6 месяцев

в 1 год

\* Миокард новорожденного имеет:

+тонкие мышечные волокна

+большое количество мелких малодифференцированных ядер

+слабо развитую соединительную ткань

хорошо развитую соединительную ткань

крупные малодифференцированные ядра

# Редкость инфарктов миокарда у детей первых лет жизни объясняется типом кровоснабжения сердечной мышцы:

Смешанным

+рассыпным

Магистральным

# Соотношение просвета отверстий легочной артерии и аорты над клапаном составляет у новорожденных:

+аорта меньше легочной артерии

аорта больше легочной артерии

одинаковы

# Соотношение просвета отверстий легочной артерии и аорты над клапаном к 12 годам:

аорта меньше легочной артерии

аорта больше легочной артерии

+одинаковы

#У детей раннего возраста особенностями сердца являются:

исходно косое положение

+шарообразная форма

+границы с возрастом сужаются

капельная форма

границы с возрастом расширяются

# Поперечник сердца относительно грудной клетки у детей с возрастом:

не меняется

+уменьшается

увеличивается

# У детей с возрастом скорость кровотока:

+уменьшается

увеличивается

не изменяется

# У детей с возрастом ударный объем крови:

+увеличивается

уменьшается

не изменяется

# У доношенного новорожденного средняя частота сердечных сокращений составляет:

90 в 1 минуту

110 в 1 минуту

+140 в 1 минуту

170 в 1 минуту

# У годовалого ребенка средняя частота сердечных сокращений составляет:

100 в 1 минуту

+120 в 1 минуту

140 в 1 минуту

160 в 1 минуту

# У ребенка в возрасте 5 лет средняя частота сердечных сокращений составляет:

80 в 1 минуту

90 в 1 минуту

+100 в 1 минуту

120 в 1 минуту

# Среднее систолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле:

90 + п

+90 + 2п

60 + 2п (п - возраст в годах)

100 + п

# Среднее диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле:

50 + п

+60 + п

40 + 2п (п - возраст в годах)

70 + 2п

# Артериальное давление на ногах по сравнению с руками:

+выше

такое же

ниже

# У новорожденного левая граница относительной тупости сердца находится:

кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

+кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см

по передней подмышечной линии

по срединно-ключичной линии

# Верхняя граница относительной сердечной тупости у ребенка 7 - 12 лет:

2 ребро

2 межреберье

+3 ребро

# Правая граница относительной сердечной тупости у детей 7 - 12 лет:

+ближе к правому краю грудины

середина между парастернальной линией и краем грудины

правая парастернальная линия

середина между средне-ключичной и парастернальной линиями

правая средне-ключичная линия

\* У детей раннего возраста низкие цифры артериального давления обусловлены:

незрелостью вагусной регуляции

+малым ударным объемом сердца

+низким удельным сопротивлением периферических сосудов

узким просветом сосудов малого круга кровообращения

\* У детей, по сравнению со взрослыми, особенностями аускультативной картины сердца являются:

+физиологическая тахикардия

брадикардия

+акцент второго тона на легочной артерии

акцент первого тона на верхушке

приглушение тонов

# Клапаны аорты выслушиваются:

+во II межреберье справа у грудины

во II межреберье слева у грудины

в точке Боткина

у верхушки сердца

у нижнего края грудины

# Двухстворчатый клапан выслушивается:

в точке Боткина (V точка)

+у верхушки сердца (I точка)

во II межреберье слева (III точка)

во II межреберье справа (II точка)

у нижнего края грудины (IV точка)

# Трехстворчатый клапан выслушивается:

во II межреберье справа

+у нижнего края грудины

в точке Боткина

у верхушки сердца

\* Измерение артериального давления производится:

+на плече

+на бедре

на предплечье

голени

кисти

\* Изменение артериального давления у старших школьников связано:

с незавершенностью процессов тканевой дифференцировки

с поздним развитием вагусной иннервации

+с созреванием эндокринной системы

+с повышением активности надпочечников

+с повышением выработки катехоламинов

# Максимальное АД у ребенка 8 лет (в мм рт. ст.):

75

90

100

+110

# Максимальное артериальное давление у ребенка 1 года (в мм рт. ст.):

+90

100

110

120

\* Пульсация в подложечной области может наблюдаться при:

+гипертрофии правого желудочка

удлинении грудной клетки

+короткой грудной клетке

гипертрофии левого желудочка

# Сердечный горб наблюдается при:

недостаточности сердца

+значительном увеличении размеров сердца

скоплении жидкости в сердечной сумке (гидроперикард)

перикардите

миокардите

\* Набухание и видимая пульсация яремных вен может указывать на:

+общие застойные явления

+недостаточность трехстворчатого клапана

экспираторную одышку

миокардит

недостаточность аортальных клапанов

# Фаланговый и капиллярный пульс бывает при:

стенозе митрального отверстия

+недостаточности аортальных клапанов

недостаточности митрального клапана

недостаточности трикуспидального клапана

недостаточности клапанов легочной артерии

# Отрицательный верхушечный толчок указывает на:

порок сердца

+плевроперикардиальные спайки

наличие экссудата в сердечной сумке

увеличение сердца

сердечную недостаточность

\* Расширение относительной сердечной тупости влево бывает при:

+недостаточности аортальных клапанов и стенозе аорты

+недостаточности митрального клапана

митральном стенозе

стенозе легочной артерии

пороках 3-х створчатого клапана

\* Расширение относительной сердечной тупости вправо наблюдается в случаях:

+недостаточности клапанов легочной артерии

+дефекте межжелудочковой перегородки

хроническом нефрите

сердечной недостаточности

+открытого Боталова протока

# Усиление II тона над аортальными клапанами бывает при:

+повышении АД

митральной недостаточности

митральном стенозе

застое в малом круге кровообращения

эмфиземе легких

# Усиление (акцент) II тона на легочной артерии бывает при:

миокардите

повышенном АД

стенозе легочной артерии

+гипертензии в малом круге кровообращения

\* Клинические признаки недостаточности клапанов аорты

снижение систолического давления

+бледность

+"пляска каротид"

+пульс высокий и частый

парадоксальный пульс

\* Отличительными признаками функционального шума в сердце у детей являются:

+тихий, мягкий тембр

+меняется после физической нагрузки

постоянный

+не проводится экстракардиально

связан с тонами  
# Шумы внесердечного происхождения наблюдаются при:

+анемиях

плевритах

пневмониях

гипертонии

\* Органические шумы сердца имеют свойства:

ослабевать при нагрузке

не прослушиваться в положении лежа

+усиливаться при нагрузке

+грубый характер, проводятся за пределы сердца

низкочастотную характеристику на ФКГ

\* Органические шумы в сердце выслушиваются при:

Гипертонии

гипотонии папиллярных мышц

анемии

+приобретенных пороках сердца

+врожденных пороках сердца

\* Симптомами сердечной недостаточности являются:

+тахикардия

+одышка

брадикардия

+акроцианоз

хрипящее дыхание

\* К ВПС со сбросом крови слева направо относятся:

тетрада Фалло

транспозиция магистральных сосудов

+ДМЖП

+открытый артериальный проток

+ДМПП

стеноз легочной артерии

коарктация аорты

\* К ВПС с синдромом шлюза относятся:

+коарктация аорты

+стеноз аорты

+стеноз легочной артерии

ДМПП

ДМЖП

\* Особенности ЭКГ у грудных детей:

+синусовая тахикардия

+отклонение электрической оси вправо

отклонение электрической оси влево

+отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1 - V3 отведениях

левожелудочковые экстрасистолы.

# Какой интервал ЭКГ называется "электрической систолой желудочков"?

PQRS

QRS

PQ

+QT

# О нарушении атриовентрикулярной проводимости на ЭКГ говорит:

+удлинение интервала PQ

удлинение желудочкового комплекса QRS

высокий зубец Р в I и II отведениях

изменение зубцов Т в различных отведениях

укорочение интервала PQ

\* Нормализация пульса и артериального давления при удовлетворительной пробе Шалкова происходит через:

+3 минуты

+5 минут

10 минут

20 минут

U3 Пищеварительная система у детей

\* Склонность детей первого года жизни к срыгиванию обусловлена:

+высоким тонусом пилорического отдела

+слабой запирательной функцией нижнего пищеводного сфинктера

высоким тонусом кардиального сфинктера

+дно желудка лежит ниже антрально-пилорического отдела

желудок расположен вертикально

\* Функциональные особенности желудка детей первого полугодия жизни:

+низкая кислотность (рН выше 4)

высокая протеолитическая активность

+низкая протеолитическая активность

+высокая липолитическая активность

высокая кислотность (рН ниже 2)

\* У детей раннего возраста функциональными особенностями тонкой кишки являются:

+высокая всасывательная способность

низкая активность всасывания

+активность мембранного пищеварения больше, чем полостного

+уменьшение проницаемости слизистой оболочки с возрастом

# При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются:

+бифидум-бактерии

ацидофильные палочки

кишечные палочки

энтерококки

# У здоровых детей нижний край печени выходит из-под правого края реберной дуги до:

3-5 лет

+5-7 лет

7-9 лет

9-11 лет

\* Анатомические особенности печени у детей раннего возраста:

относительно большая правая доля

+большая величина относительно массы тела

+относительно большая левая доля

+лябильность увеличения в размерах

\* Причины затрудненного усвоения жиров у детей раннего возраста:

+низкая активность липазы

+низкая активность желчных кислот

+относительная гипопротеинемия

хорошее эмульгирование жира

избыток желчных кислот

\*Ферменты панкреатического сока:

+трипсин

+липаза

пепсин

+амилаза

лактаза

\* Особенности толстой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:

+слепая кишка расположена выше

+восходящая ободочная кишка короче

сигмовидная кишка относительно короткая

+сигмовидная кишка расположена выше, подвижна

слепая кишка хорошо фиксирована

\* Особенности прямой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:

хорошо развит мышечный слой

+недоразвита ампула

+плохо фиксирована

+слабо фиксирована слизистая оболочка

относительно короткая

\* Симптомы поражения желчного пузыря:

+Ортнера

болезненность в зоне Шоффара

болезненность в т. Дежардена

симптом Пастернацкого

+Мюсси

+Кера

\* Рвота "фонтаном" бывает при:

+пилоростенозе

пневмонии

+пилороспазме

менингите

дизентерии

\* Полифекалия характерна для следующих заболеваний:

+дисахаридазная недостаточность

сальмонеллез

+целиакия

гепатит

\* Для получения пузырной желчи при дуоденальном зондировании пациенту вводят:

+25% р-р магнезии

+20 % раствор глюкозы

0,1% р-р гистамина

капустный отвар

пентагастрин

\* При поражении поджелудочной железы определяют:

положительный симптом Кера

положительный симптом Мерфи

+болезненность в т. Дежардена

+болезненность в т. Мейо-Робсона

+болезненность в зоне Шоффара

\* Поражение гепатоцитов (с-м цитолиза) может быть диагностировано на основании:

+повышения трансаминаз

+повышения пятой фракции лактат-дегидрогеназы

повышения уровня холестерина

повышения уровня щелочной фосфатазы

# О кислотообразующей функции желудка можно судить на основании исследований:

рентгенологического исследования желудка

ультразвукового исследования желудка

+ внутриполостной РН-метрии

фиброгастродуоденоскопии  
\* Стул ребенка на грудном вскармливании:

плотной консистенции

+золотисто-желтого цвета

+кашицеобразный

+имеет кислую реакцию

U3 Система органов кроветворения

# Кроветворение к моменту рождения происходит:

+в костном мозге

в печени

в селезенке

# Появление кроветворения в костном мозге эмбриона относится:

к 2 месяцу внутриутробного развития

к 3 месяцу внутриутробного развития

+к 4 месяцу внутриутробного развития

к 5 месяцу внутриутробного развития

к 6 месяцу внутриутробного развития

\* Функции селезенки в постнатальном периоде:

+разрушение стареющих тромбоцитов

эритропоэз

+синтез иммуноглобулинов и антител

+разрушение стареющих эритроцитов

# Уровень гемоглобина (г/л) сразу после рождения ребенка составляет:

100 – 140

120 – 140

160 - 180

+180 – 240

# У детей в возрасте старше 1 года уровень гемоглобина (г/л) составляет:

100 – 120

110 – 130

+120 – 140

140 – 160

# Количество ретикулоцитов (в промиллях) у детей, кроме периода новорожденности, составляет:

+5-10

10-15

10-42

40-60

# У детей старше 1 месяца количество тромбоцитов составляет (х 109/л):

50-100

50-200

100-300

+150-300

\* Для лейкоцитарной формулы здоровых детей первых дней жизни характерно:

увеличено количество моноцитов

одинаковое количество нейтрофилов и лейкоцитов

преобладают лимфоциты

+отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево

+преобладают нейтрофилы

# Первый перекрест в лейкоцитарной формуле крови отмечается в возрасте:

2-3 дня жизни

+4-5 дней жизни

10-11 дней жизни

5-6 месяцев

1 года

# Время второго перекреста в лейкоцитарной формуле крови:

2-3 года

+4-5 лет

4-5 месяцев

6-8 лет

10 лет

# В миелограмме у здоровых детей количество бластных клеток составляет:

менее 1 %

+1-5 %

5-10 %

более 10 %

# Особенности свертывающей системы крови у новорожденных детей:

+время свертывания такое же, как у взрослых

высокая функциональная активность тромбоцитов

+снижена активность плазменных и витамин-К-зависимых факторов

замедление времени свертывания

удлинено время кровотечения

\* У здорового ребенка периферические лимфоузлы имеют следующие характеристики:

+пальпируется не более 3 групп лимфоузлов

+лимфоузлы мягкоэластической консистенции

лимфоузлы плотной консистенции

+лимфоузлы 1-3 размера

пальпируются 3-5 групп лимфоузлов

\* Трудность пальпации лимфоузлов у детей раннего возраста объясняется:

+малыми размерами

хорошим развитием трабекул

+хорошим развитием подкожно-жирового слоя

+недостаточным развитием капсулы

\* У здорового ребенка пальпируются лимфатические узлы:

+подчелюстные

+подмышечные

+паховые

передние шейные

задние шейные

# Время свертывания крови по Ли-Уайту у детей старшего возраста:

1-1,5 минут

2-3 минут

+4-8 минут

9-10 минут

11-12 минут

# Осмотическая стойкость эритроцитов снижается при:

лейкозе

+гемолитической анемии

железодефицитной анемии

васкулитах

тромбоцитопенической пурпуре

\* Для выявления повышенной ломкости кровеносных сосудов используются:

определение дермографизма

+симптом "жгута"

+симптом "щипка"

симптом Кернига

определение длительности кровотечения

U3 Мочевыделительная система у детей

# Количество выделяемой мочи от количества принятой жидкости у детей составляет:

соответствует количеству выпитой жидкости

+2/3 - ¾

1/3-1/2

1/3 - 1/5

# Колебания суточного количества мочи (мл) у ребенка 1 года составляют:

100 – 300

+300 – 600

500 – 700

700 – 900

3 Число мочеиспусканий в сутки у новорожденного ребенка составляет до:

5 – 10

10 – 15

15 – 20

+20 – 25

\* Суточный диурез у детей зависит:

+от количества выпитой жидкости

от уровня гемоглобина

+от температуры окружающей среды

+от температуры тела

\* Почечные канальцы у детей раннего возраста:

+узкие

широкие

+короткие

длинные

# Особенностью функции канальцев почек у детей является:

реабсорбция повышена, секреция снижена

+реабсорбция снижена, секреция снижена

реабсорбция снижена, секреция повышена

реабсорбция повышена, секреция повышена

\* Особенности почечной лоханки в младшем детском возрасте:

+преимущественно внутрипочечный тип расположения

преимущественно смешанный тип расположения

+слабое развитие мышечной ткани почечной лоханки

преимущественно внепочечный тип расположения

+тесная связь лимфатических сосудов почек с лимфатическими сосудами кишечника

\* Смещаемость почки на фазе вдоха у старших детей определяется в норме:

на 0,5 см

на 1 см

+на 2 см

+на высоту тела поясничного позвонка

на высоту тел двух поясничных позвонков

# Максимальная оптическая плотность мочи у здорового ребенка 1-го года жизни составляет:

1002-1005

+1012-1014

1018-1020

1022-1024

1028-1030

\* Почки у детей 1-го года жизни имеют:

+дольчатый характер

+слабо выраженные соединительнотканные прослойки

значительно выраженные соединительнотканные прослойки

+недостаточно развитый корковый слой

хорошо развитый корковый слой

# Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми:

количество на единицу поверхности почки меньше, размеры малы

+количество на единицу поверхности почки больше, размеры малы

количество на единицу поверхности почки больше, размеры относительно велики

количество на единицу поверхности почки меньше, размеры велики

\* К застою мочи у детей раннего возраста предрасполагают следующие особенности мочеточников:

+извитость

+гипотония

+недостаточное развитие мышечной ткани

хорошее развитие эластической ткани

+относительно широкий просвет

относительно узкий просвет

\* Величина клубочковой фильтрации у детей 1-го года жизни снижена в связи:

с большими размерами клубочков

+с малыми размерами клубочков

+с малой фильтрующей поверхностью

с большой фильтрующей поверхностью

+со сниженным фильтрационным давлением

с повышенным фильтрационным давлением

\* Функциональное состояние канальцев почки частично можно оценивать:

по пробе Нечипоренко

+по пробе Зимницкого

+по пробе Реберга (клиренс по эндогенному креатинину)

+по данным радиоизотопной ренографии

по пробе Аддиса-Каковского

\* Функциональное состояние клубочков почки можно оценивать:

по данным ангиографии почек

+по пробе Зимницкого

+по пробе Реберга

по данным экскреторной урографии

по данным радиоизотопной ренографии

# Суточная гематурия у здорового ребенка по методу Аддиса-Каковского может составлять (эритроцитов в суточной моче):

+0,5-1,0 х 10\*6

2,0-3,0 х 10\*6

1,5-2,0 х 10\*6

3,5-4,0 х 10\*6

5,0 х 10\*6

\* Укажите нормальное соотношение дневного и ночного диуреза в пробе Зимницкого:

1:1

1:2

1:3

+2:1

+3:1

# Укажите нормальные колебания относительной плотности мочи в пробе Зимницкого для ребенка 5 лет:

1002-1005

+1005-1020

1010-1013

1013-1015

1025-1030

# Суточная лейкоцитурия у здоровых детей по пробе Аддиса-Каковского может составлять:

+1-2 х 10\*6/сут.

4 х 10\*6/сут.

3 6 х 10\*6/сут.

4 12 х 10\*6/сут.

# Наличие рефлюксов в мочевыделительной системе можно выявить:

+по цистографии

по ренографии

по цистоскопии

по в/в урографии

методом ультразвуковой диагностики

\* Для выявления почечной недостаточности необходимо определить следующие показатели в сыворотке крови:

щелочную фосфатазу

+уровень мочевины

+уровень креатинина

уровень мочевой кислоты

аланин-аминотрансферазу

# Строение клубочка нефрона становится идентичным строению последнего у взрослого:

после 1 года

+после 5 лет

после 7 лет

после 10 лет

после 13-15 лет  
\* Отметьте нормальные показатели в пробе Реберга:

клубочковая фильтрация 20 мл/мин

+клубочковая фильтрация 100 мл/мин

канальцевая реабсорбция 20%

канальцевая реабсорбция 80%

+канальцевая реабсорбция 99%

\* Анурия представляет собой состояние, при котором:

диурез менее 20% от нормального

+диурез менее 5% от нормального

+полное отсутствие мочи

диурез менее 30% от нормального

# Об олигурии можно говорить при наличии диуреза менее:

500 мл/м 2/сутки

450 мл/м2 /сутки

400 мл/м2 /сутки

350 мл/м2 /сутки

+300 мл/м2 /сутки

# Пиурия - это:

Бактериурия

бактериурия + лейкоцитурия

увеличение содержания в моче цилиндров

+содержание в моче лейкоцитов в большом количестве

содержание в моче большого количества эритроцитов и лейкоцитов

\* При хронической почечной недостаточности повышаются следующие показатели в сыворотке крови:

общий белок

+мочевина

+креатинин

+калий

U3 Особенности иммунной системы и обмена веществ у детей

\* К неспецифическим факторам защиты относятся:

+лизоцим

Т-лимфоциты

В-лимфоциты

+система интерферонов

+фагоцитоз

# К плоду от матери трансплацентарно переходят иммуноглобулины класса:

A

E

M

+G

# Образование секреторного иммуноглобулина А у детей раннего возраста:

происходит интенсивно

отсутствует

+снижено

Повышено

\* К особенностям системы иммунитета у новорожденных детей относятся:

+преимущественно пассивный характер ( материнские антитела)

хелперная направленность иммунных реакций

+недостаточность фагоцитарной защиты

+супрессорная направленность иммунных реакций

способность к синтезу антител выражена хорошо

\* Высокая теплоотдача детей раннего возраста обусловлена:

+большей относительной поверхностью тела

хорошим функционированием потовых желез

+тонкостью кожи

+богатой васкуляризацией кожи

\* В общем расходе энергии у детей первых месяцев жизни наибольшая доля приходится на:

движения (мышечная работа)

+основной обмен

+пластический обмен (рост)

специфически-динамическое действие пищи

+теплопродукцию

# Общее количество воды (%) в организме ребенка с возрастом:

+уменьшается

увеличивается

не изменяется

\* Особенностями водно-солевого обмена у детей раннего возраста являются:

+большая лабильность

меньшее выделение воды через кожу и легкие

+большая интенсивность водного обмена

+относительно большая потребность в воде

U2 Питание детей

U3 Вскармливание детей первого года жизни

\* Отличия состава молозива по сравнению со зрелым женским молоком:

+концентрация JgA больше

углеводов больше

+белка больше

+жира меньше

\* В женском молоке по сравнению с коровьим:

+содержание белков ниже

содержание белков выше

+преобладают мелкодисперсные белки

преобладают крупнодисперсные белки

+содержится таурин

\*В женском молоке по сравнению с коровьим:

содержание жиров ниже

+содержание жиров такое же

+высокое содержание фосфатидов

содержание эссенциальных жирных кислот ниже

+преобладают ненасыщенные жирные кислоты

\* В женском молоке по сравнению с коровьим:

содержится А-лактоза

+содержится В-лактоза

+содержание углеводов выше

содержание углеводов ниже

+содержатся олигосахариды

# Свободным вскармливанием грудных детей называется режим кормлений:

в фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком

каждые 3 часа без ночного перерыва

каждые 3 часа с ночным перерывом

+когда сам ребенок определяет часы и объем кормлений (кормления «по требованию» ребенка)

# При грудном вскармливании новорожденного ребенка следует предпочесть режим:

+кормлений «по требованию»

кормлений в фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком

регламентированных кормлений по часам и объему

\* Ночные кормления детей первых месяцев жизни грудью матери:

не рекомендуются

+рекомендуются

уменьшают лактацию, т.к. нарушается сон матери

+способствуют установлению длительной лактации

# Среднее число кормлений за сутки ребенка первых 2-х месяцев жизни на регламентированном режиме вскармливания:

5

6

+7

10

# Среднее число кормлений за сутки ребенка от 2-3 до 5-6 месяцев жизни на регламентированном режиме вскармливания:

5

+6

7

8

# Средне число кормлений за сутки ребенка 2-го полугодия жизни:

3

4

+5

6

# Смешанным вскармливанием называется питание грудного ребенка, когда наряду с женским молоком ребенок получает:

донорское молоко

+детские молочные смеси (заменители женского молока)

фруктовое пюре

овощное пюре

фруктовые и овощные соки

\* Вторичная гипогалактия развивается при:

+редком прикладывании ребенка к груди матери

эндокринных нарушениях регуляции лактопоэза

+психологических и физических перегрузках кормящей женщины

+необоснованном раннем введении докорма

# При впервые выявленной гипогалактии рекомендуется:

сохранить тот режим кормлений, который был у матери

+прикладывать ребенка к груди матери чаще, «по требованию» ребенка

прикладывать ребенка к груди матери в строго фиксированные часы

\* При впервые выявленной гипогалактии рекомендуется ввести докорм:

сразу

+после попыток восстановления лактации

+сроки введения определяются индивидуально по степени гипогалактии и степени дефицита массы тела

\* Для повышения лактации при гипогалактии рекомендуется:

отказ от ночных кормлений

более редкое прикладывание к груди для накопления молока

+более частое прикладывание ребенка к груди

+ночное кормление ребенка грудью

\* Введение прикорма ребенку 1-го года жизни связано с:

+увеличением потребности ребенка в пищевых ингредиентах и энергии

замедлением прибавки массы во 2-ом полугодии

+увеличением потребности в макро- и микроэлементах, витаминах

появлением у матери лактационных кризов

+необходимостью развития и тренировки пищеварительной системы

\* Правила введение прикорма:

+кормить с ложки

кормить из бутылочки с соской

+начинать с малых количеств

давать после кормления грудью

+давать перед кормлением грудью

# В настоящее время предпочтительнее использовать блюда и продукты прикорма:

+промышленного выпуска

приготовленные в домашних условиях

\* Искусственное вскармливание - это питание ребенка 1-го года жизни:

+ЗЖМ и женским молоком (менее 1/5 суточного объема)

ЗЖМ и женским молоком (менее 1/3 суточного объема)

+детскими молочными смесями, заменителями женского молока (ЗЖМ)

\* В «последующих» молочных формулах заменителей женского молока (формула 2) в отличие от «начальных» (формула 1):

+содержание белков и энергии выше

содержание белков и энергии ниже

+содержится лактоза, сахароза, крахмал

+содержание железа выше

содержится только лактоза

\* Преимущества детских кисломолочных смесей (заменителей женского молока) по сравнению с пресными:

+стимулируют моторику кишечника

замедляют перистальтику кишечника

+улучшают биоценоз кишечника

способствую устранению срыгиваний

+имеют более высокую степень усвоения белка

# Суточный объем питания ребенка первых 2 месяцев жизни составляет (часть от массы тела):

1/4

+1/5

1/6

1/7

1/8

# При расчете объема питания для новорожденных первых дней жизни, находящихся на искусственном вскармливании используются способы:

+формула Финкельштейна

энергетический

объемный

# В качестве первого блюда прикорма в педиатрической практике чаще всего применяют:

мясное пюре

кашу

овощное пюре

творог

+кашу – если ребенок имеет сниженную массу тела и учащенный стул, овощное пюре – если ребенок склонен к паратрофии и запорам

# Мясное пюре детям первого года жизни, находящимся на грудном вскармливании, вводят в возрасте:

5 месяцев

+7 месяцев

9 месяцев

11 месяцев

Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.

Центильные таблицы, таблицы SDS ИМТ и SDS роста

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.

Негатоскоп, линейки для расчета КТИ

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.

Таким образом, в результате изучения дисциплины «Пропедевтика детских болезней» у обучающегося формируются следующие компетенции:

**ОПК-1** Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

Инд.ОПК1.1. Реализует моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

**ОПК-4** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза

Инд.ОПК4.1. Применяет стандартные медицинские изделия в лечебно-диагностических целях

**ПК-1** Готовность 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

Инд.ПК1.1. Собирает анамнез жизни, включающий сведения о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком; информацию о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте); информацию о профилактических прививках; данные анамнеза заболевания.

Инд.ПК1.2. Проводит полное физикальное обследование пациента. Оценивает состояние и самочувствие ребенка.

**УК-4** Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

Инд.УК4.1. Устанавливает и развивает профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия

**УК-5** Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

Инд.УК5.3. Соблюдает этические нормы и права человека, грамотно и доступно излагает профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проверяемая компетенция | Описание и дескрипторы | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| **ОПК-1** Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.1. Реализует моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Экзаменационные вопросы №№ 1 – 91, 112 - 152 |
| **ОПК-4** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза | Инд.ОПК4.1. Применяет стандартные медицинские изделия в лечебно-диагностических целях |  |
| **ПК-1** Готовность 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 | Инд.ПК1.1. Собирает анамнез жизни, включающий сведения о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком; информацию о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте); информацию о профилактических прививках; данные анамнеза заболевания.  Инд.ПК1.2. Проводит полное физикальное обследование пациента. Оценивает состояние и самочувствие ребенка. |  |
| **УК-4** Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия | Инд.УК4.1. Устанавливает и развивает профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия |  |
| **УК-5** Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия | Инд.УК5.3. Соблюдает этические нормы и права человека, грамотно и доступно излагает профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия |  |
| ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации | Знать: Правила заполнения медицинской документации в стационаре  Уметь: написать пропедевтическую учебную историю болезни, обосновать систему поражения курируемого пациента по синдромальному принципу | Практические задания №2,5,6 экзаменационного билета.  Проверка описания объективного статуса пациента по органам и системам, обоснования системы поражения (практическое задание №2 экзаменационного билета).  Экзаменационные вопросы №№ 1 - 91 |
| ОПК-9 - способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме ребенка для решения профессиональных задач | Знать: Методику обследования ребёнка. Нормативы параклинических показатели у детей: лабораторные, функциональные, инструментальные для оценки физиологических состояний и патологических процессов в организме детей для решения профессиональных задач  Уметь: Провести физикальное обследование пациента.  Описать результаты клинического обследования пациента  Оценить результаты лабораторного и инструментального обследования детей | Практическое задание №6 экзаменационного билета (оценка лабораторных, функциональных, инструментальных показателей у детей).  Тестовые задания.  Практические задания №2,6 экзаменационного билета  Практическое задание №2 экзаменационного билета (контроль мануальных навыков клинического обследования пациента).  Экзаменационные вопросы №№ 1 – 91, 112 - 152 |
| ПК-5- готовность 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: Периоды детского возраста. Критерии здоровья. Факторы риска развития заболеваний.  Методику клинического обследования ребёнка: сбор и анализ жалоб пациента и его родителей с целью установления наличия или отсутствия заболевания; сбор анамнеза жизни и заболевания. Методику физикального обследования, методику оценки физического, нервно-психического, полового развития детей. Основные лабораторные показатели, методы инструментальных исследований.  Уметь:  Устанавливать психологический и речевой контакт с детьми и их родителями.  Оценить результаты объективного обследования детей. Сделать заключение о физическом, нервно-психическом и половом развитии детей и подростков.  Выявить симптомы и синдромы заболевания. Уметь интерпретировать результаты некоторых лабораторных и инструментальных исследований. | Экзаменационные вопросы №№ 1 – 91, 112 - 152  Экзаменационные вопросы №№ 1 – 91, 112 - 152 |
| ПК-6 - способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – Х пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | Знать: Семиотику и основные синдромов поражения органов и систем у детей и подростков.    Уметь:  Сделать заключение об основных синдромах поражения органов и систем у больного ребенка и тяжести его состояния. | Практические задания №2,6 экзаменационного билета.  Тестовые задания.  Экзаменационные вопросы №№ 1 – 91, 112 - 152  Практические задания №2,6 экзаменационного билета  Экзаменационные вопросы №№ 1 – 91, 112 - 152 |
| ПК 16 – готовность к формированию здорового образа жизни | Знать: принципы вскармливания здоровых детей первого года жизни  Уметь: составить рацион питания здоровым детям первого года жизни при естественном, искусственном и смешанном вскармливании | Экзаменационные вопросы №№ 92 - 111  Экзаменационные вопросы №№ 153 – 195  Решение задачи по питанию |