

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет

Кафедра «Педиатрии, акушерства и гинекологии»

Утверждаю
и.о. зав. кафедрой
Чебан О.С. *О.С.*
« 16 » 09 20 21 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Педиатрия

3.31.05.01 - Лечебное дело

Врач-лечебник

Разработала:
асс. Мельникова М.А.

Мельникова

Тирасполь, 2021г.

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Педиатрии»**

1. В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

1.1. Знать:

1. Правила ухода и выхаживания новорождённых и недоношенных детей;
2. Знать механизмы воздействия неблагоприятных антропогенных факторов окружающей среды на организм ребёнка, этиологию, патогенез и профилактику эколого-зависимых заболеваний;

1.2. Уметь:

1. Общаться со здоровым и больным ребёнком и его родителями, соблюдать деонтологические нормы и принципы;
2. Составлять план лечения и профилактики, а также прогнозировать наиболее частые заболевания детского возраста, освоить принципы неотложной терапии у детей;
3. Проводить диспансерное наблюдение детей с целью профилактики обострений заболеваний и формирования соответствующей патологии у взрослых;
4. Проводить диспансерное наблюдение с целью профилактики обострений заболеваний и формирования хронической патологии у взрослых
5. получать объективные данные при физикальном обследовании ребёнка, интерпретировать полученные факты с учётом анатомо-физиологических особенностей и возрастных норм;

1.3. Владеть:

1. Диагностировать наиболее часто встречающиеся заболевания раннего и старшего детского возраста, а также состояния, угрожающие жизни ребёнка

Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1	Пропедевтика детских болезней. Семиотика нарушений.	ПК-1, ПК-6	Контрольная работа № 1 в виде собеседования, комплект кейс-задач № 1
2	Основы рационального вскармливания. Дистрофии.	ПК-1, ПК-5, ПК-6	Контрольная работа № 2 в виде собеседования, комплект кейс-задач № 2, комплект тестов № 1
3	Частные вопросы педиатрии. Фоновые состояния у детей.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-14	Контрольная работа № 3 в виде собеседования, комплект кейс-задач № 3, комплект тестов № 2
Промежуточная аттестация		Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1-зачет		ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-14	Комплект КИМ

Примерный перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	Кейс-задача	<p>2 балла – соответствует оценке «неудовлетворительно», студент не решил клиническую задачу.</p> <p>3 балла - соответствует оценке «удовлетворительно», студент решил клиническую задачу, но допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свои ответы, используя в основном медицинские термины.</p> <p>4 балла – оценке «хорошо», студент самостоятельно и в основном правильно решил клиническую задачу, логично, последовательно и аргументировано излагал свой ответ, используя медицинскую терминологию.</p> <p>5 баллов – оценке «отлично», студент самостоятельно и правильно решил клиническую задачу, логично, последовательно и аргументировано излагал ответы на вопросы, используя медицинскую терминологию.</p>	Стр.6-26
2	Контрольная работа	<p>2 балла – соответствует оценке «неудовлетворительно», студент не ответил на учебно-профессиональные вопросы.</p> <p>3 балла - соответствует оценке «удовлетворительно», студент в основном ответил на учебно-профессиональные вопросы, но допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свои ответы, используя в основном медицинские термины.</p> <p>4 балла – оценке «хорошо», студент самостоятельно и в основном правильно ответил на учебно-профессиональные вопросы, логично, последовательно и аргументировано излагал свой ответ, используя медицинские термины.</p> <p>5 баллов – оценке «отлично», студент самостоятельно и правильно ответил на учебно-профессиональные вопросы, логично, последовательно и аргументировано излагал ответы на контрольные вопросы, используя медицинскую терминологию.</p>	Стр.34-35, 50-52

3	Реферат	<p>1 балл – соответствует оценке «удовлетворительно», выполненный реферат соответствует требованиям оформления самостоятельной работы, содержанию выбранной темы, в неполной мере проработан и представлен материал, используются устаревшие источники литературы.</p> <p>2 балла – оценке «хорошо», выполненный реферат соответствует требованиям оформления самостоятельной работы, содержанию выбранной темы, в неполной мере проработан и представлен материал, используются современные источники литературы.</p> <p>3 балла – оценке «отлично», выполненный реферат соответствует требованиям оформления самостоятельной работы, содержанию выбранной темы, в полной мере проработан и представлен материал, используются современные источники литературы.</p>	Стр.32
4	Презентация	<p>1 балл – соответствует оценке «удовлетворительно», выполненный вид СР соответствует требованиям оформления, содержанию выбранной темы, в неполной мере раскрыта тема, используются устаревшие источники информации.</p> <p>2 балла – оценке «хорошо», выполненный вид СР соответствует требованиям оформления, содержанию выбранной темы, в неполной мере раскрыта тема, используются современные источники информации.</p> <p>3 балла – оценке «отлично», выполненный вид СР соответствует требованиям оформления, содержанию выбранной темы, в полной мере раскрыта тема, используются современные источники информации.</p>	Стр.33
5	Собеседование	<p>Отлично - студент самостоятельно и правильно решил учебно-профессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя медицинские термины.</p>	

		<p>Хорошо - студент самостоятельно и в основном правильно решил учебно-профессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя медицинские термины.</p> <p>Удовлетворительно - студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свое решение, используя в основном медицинские термины.</p> <p>Неудовлетворительно - студент не решил учебно-профессиональную задачу.</p>	
6	Тест	<p>90-100% - соответствует оценке «отлично»</p> <p>80-70% - соответствует оценке «хорошо»</p> <p>70-60% - соответствует оценке «удовлетворительно»</p> <p>Менее 60% - соответствует оценке «неудовлетворительно»</p>	Стр.27-31
7	История болезни		Стр.36-49

Кейс-задачи

Комплект № 1 Пропедевтика детских болезней. Семиотика нарушений.

По теме: ФР

ЗАДАЧА № 1

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом девочки 10 месяцев с массой тела 8 500 г, длиной тела 70,2 см, окружностью головы 44 см, окружностью груди 45 см по следующей схеме:

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей мальчику 7 лет.

ЗАДАЧА № 2

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом мальчика 1,5 лет, с массой тела – 11,6 кг, ростом - 80 см, окружностью головы - 47 см, окружностью груди - 49 см по следующей схеме:

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей; девочке 4-х лет.

ЗАДАЧА № 3

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом девочки 2 мес с массой тела 4 200 г, длиной тела 52 см, окружностью головы 36 см, окружностью груди 35 см по следующей схеме:

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей; мальчику 12мес, если известно, что при рождении у него были следующие антропометрические показатели:

- а) масса – 4 650 г;
- б) длина – 56 см;
- в) окружность головы – 36 см;
- г) окружность груди – 35 см.

ЗАДАЧА № 4

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом мальчика 11 лет с массой тела 46 кг, ростом 145 см, окружностью головы 55 см, окружностью груди 78 см по следующей схеме:

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей девочки 6 месяцев, если известно, что при рождении у неё были следующие антропометрические показатели:

- а) масса – 2 700 г;
- б) длина – 49 см;
- в) окружность головы – 35 см;
- г) окружность груди – 33 см

ЗАДАЧА № 5

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом девочки 5 месяцев с массой тела 6 300 г, длиной тела 65 см, окружностью головы 42 см, окружностью груди 44 см по следующей схеме:

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому

показателю;

- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей; мальчику 3 лет.

ЗАДАЧА № 6

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом мальчика 14 лет с массой тела 72 кг, длиной тела 161 см, окружностью головы 58 см, окружностью груди 94 см по следующей схеме:

а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;

- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку;

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей девочки 11 месяцев, если при рождении у неё были следующие антропометрические показатели: а)

масса – 3 900 г;

- б) длина – 51 см;
- в) окружность головы – 37,5 см;
- г) окружность груди – 36,5 см.

ЗАДАЧА №7

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом девочки 3 месяцев с массой тела 5 300 г, длиной тела 60 см, окружностью головы 38,5 см, окружностью груди 38 см по следующей схеме:

а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;

- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей мальчику 12 лет.

ЗАДАЧА № 8

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом мальчика 7 лет с массой тела 22,8 кг, длиной тела 126,5 см, окружностью головы 53 см, окружностью груди 56 см по следующей схеме:

а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;

- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей девочки 12 мес, если известно, что при рождении у неё были следующие антропометрические показатели:

- а) масса – 3 750 г;
- б) длина – 54 см;
- в) окружность головы – 37 см;
- г) окружность груди – 35 см.

ЗАДАЧА № 9

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом девочки 3 лет с массой тела 13,500 г, длиной тела 95 см, окружностью головы 48 см, окружностью груди 51,5 см по следующей схеме:

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей мальчика 15 лет.

ЗАДАЧА № 10

1. Оценить физическое развитие непараметрическим методом мальчика 8 месяцев с массой тела 8 200 г, длиной тела 75 см, окружностью головы 46 см, окружностью груди 49 см по следующей схеме:

- а) Дать хар-ку физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;
- г) Рассчитать массо-ростовой индекс Кеттле, дать ему клиническую оценку.

2. С помощью эмпирических формул вычислить ориентировочные данные соматометрических показателей девочки 24 месяцев.

ЗАДАЧА № 1

Ребёнку 2 месяца. Следит за движущейся игрушкой, но не удерживает её в поле зрения. Не реагирует на источник звука поворотом головы. Улыбается в ответ на улыбку взрослого. Непродолжительно удерживает голову в вертикальном положении и лежа на животе. При общении с взрослыми издаёт тихие гортанные звуки.

- Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
- Дайте рекомендации на следующий возрастной период.

ЗАДАЧА № 2

Ребёнку 7 месяцев. Узнает и дифференцирует голоса матери и близких. Охотно и длительно играет с игрушками. Интонационно – выразительная имитация фраз. Сенсорная речь развита относительно хорошо. Самостоятельно и устойчиво сидит, перекладывает игрушку с одной руки в другую. Быстро и легко поворачивается с живота на спину. Ухватившись за опору, легко переступает, но не ползает. Хорошо пьёт из чашки. Спокойно относится к высаживанию на горшок.

- Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
- Дайте рекомендации на следующий возрастной период.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнку 10 месяцев. Хорошо ползает на четвереньках. В игре - простое подражание в виде стука и примитивных движений. Во взгляде – познавательный интерес. Сенсорная речь развита хорошо. Активная речь в виде длительного лепета, но произносимого интонационно. Общается с помощью жестов. Сидит неустойчиво. У опоры стоит на коленях. Хорошо ест из ложки и пьёт из чашки, которую он держит сам. Активно сопротивляется при высаживании на горшок.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте соответствующие рекомендации.

ЗАДАЧА № 4

Ребёнку 1 год 3 месяца. Сенсорная речь развита хорошо. Активная речь состоит из 8-10 односложных слов. Во время игры пользуется лепетом и отдельными облегченными словами («би-би» - машина). Различает величину двух одинаковых по форме предметов, воспроизводит действия с предметами. Ходит длительно и активно движется (приседает, наклоняется). Ест самостоятельно густую пищу ложкой. Частично снимает одежду с помощью взрослого. Гигиенические навыки выработаны частично: не сопротивляется высаживанию на горшок, но самостоятельно не просится.

- Оцените развитие ребёнка.
- Какие необходимо дать рекомендации по дальнейшему его развитию?

ЗАДАЧА № 5

Ребёнку 1 год 9 месяцев. Сенсорная речь развита хорошо. Словарный запас скудный – из нескольких односложных слов, пользуется в основном при общении слогами, жестами. Охотно играет с предметами, подбирая их по одинаковой величине, примитивно, без попытки создания фигуры. Самостоятельно ест жидкую пищу ложкой, хорошо пьёт из чашки. Ходьба уверенная, перешагивает через препятствие приставными шагами, но не ходит по ограниченной поверхности. Навыками самообслуживания не владеет. Выполняет простые поручения. Не выработан рефлекс пользования горшком.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте рекомендации по дальнейшему развитию.

ЗАДАЧА № 6

Ребёнку 2 года. Сенсорная речь развита хорошо. Активная речь состоит из относительно большого словарного запаса. В общении использует многословные предложения. Развита любознательность и активная познавательная деятельность. Цветовое зрение развито хорошо: различает 6 основных цветов, некоторые оттенки. Навыки самообслуживания имеются: умеет самостоятельно одеваться, но не застегивает пуговиц. Игра носит ролевой характер, в которой он проявляет качества лидера. Любит общение с другими детьми и взрослыми. Уверенно пользуется ложкой во время еды и ест самостоятельно. Владеет навыком пользования горшком.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте соответствующие рекомендации.

ЗАДАЧА № 7

Ребёнку 2 года 6 месяцев. Сенсорная речь развита хорошо. Активная речь состоит из 20-30 односложных слов. В общении чаще пользуется облегченными словами в виде повторных слогов. Ходит уверенно и длительно, меняет положение, но не перешагивает через препятствия. Игра носит примитивный характер, и в ней ребенок не способен к созидательной деятельности. Внимание рассеянное, быстро переключается с одного предмета на другой. Цветовое зрение развито недостаточно: различает три основных цвета. Навыки самообслуживания ограничены: частично раздевается с помощью взрослого. Самостоятельно неохотно пользуется ложкой. Негативно относится к требованиям родителей при высаживании на горшок.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте соответствующие рекомендации.

ЗАДАЧА № 8

Ребёнку 5 лет. Активный словарный запас значительно меньше пассивного. Речь фразовая, но грамматически оформлена не всегда верно. Координация движений рук и ног хорошая. Прыгает с высоты и в длину на 15-20 см, ходит по бруску высотой 30 см, шириной 20см, четко координирует движения пальцев при конструировании. Цветовое зрение: распознаёт 6 основных цветов и подбирает предметы по цвету и оттенку. Предпочитает играть самостоятельно. Избегает обучающих занятий. Не умеет считать и не способен обобщать предметы в группы. Навыки самообслуживания ограничены: одевается самостоятельно небрежно, пуговицы застегивает с трудом, зашнуровывать обувь не умеет. Гигиенические навыки имеются, но выполняет их с помощью взрослых.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте соответствующие рекомендации.

ЗАДАЧА № 9

Ребёнку 6 лет. Активная речь состоит из большого словарного запаса и грамматически оформлена правильно, читает словами. Координация движений хорошая: выполняет ритмичные движения в указанном темпе, умеет кататься на коньках и двухколесном велосипеде, плавать, может пользоваться пилой и молотком. Цветовое зрение развито хорошо: различает семь основных цветов и разнообразные оттенки. Правильно ориентируется в распознавании различных геометрических фигур. Владеет прямым и обратным счетом в пределах двадцати, легко выполняет простейшие задачи на сложение и вычитание. Предпочитает групповые игры, очень общителен и доброжелателен. Способен критически анализировать собственные поступки. Охотно выполняет индивидуальные поручения. Навыки самообслуживания в полном объеме и отвергает помощь взрослых при попытке ему помочь.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте соответствующие рекомендации.

ЗАДАЧА № 10

Ребёнку 3,5 года. Активная речь состоит из словарного запаса состоящего примерно из 100 слов. В общении пользуется простыми предложениями из трех и более слов. Цветовое зрение развито плохо: постоянно путает цвета. В игре отсутствует созидательная деятельность, она носит сюжетный характер с ролевыми элементами. Навыки в одевании ограничены: самостоятельно одевается неохотно, прибегая к помощи взрослых, не умеет застегивать пуговиц. Переступает через препятствия приставными шагами, прыгает неуверенно. Гигиенические навыки выполняет неохотно.

- Оцените развитие ребёнка.
- Дайте соответствующие рекомендации.

Комплект кейс-задач № 2 Основы рационального вскармливания. Дистрофии.

По теме: Рациональное питание.

ЗАДАЧА № 1

Ребёнок родился с массой тела 3100 г., длиной 50 см. В настоящее время его возраст 8 месяцев. На искусственном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 2

Ребёнок родился с массой тела 3450 г., длиной 52 см. В настоящее время ему 10 месяцев, находится на искусственном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнок родился с массой тела 3350 г., длиной 50 см. В настоящее время ему 9 месяцев. Находится на естественном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 4

Ребёнок родился с массой тела 2700 г., длиной 48 см. В настоящее время ему 7 месяцев. Находится на естественном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 5

Ребёнок родился с массой тела 3400 г., длиной 48 см. В настоящее время ему 8 месяцев. Находится на искусственном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 6

Ребёнок родился с массой тела 3200 г., длиной 52 см. В настоящее время ему 11 месяцев. Находится на естественном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 7

Ребёнок родился с массой тела 3100 г., длиной 51 см. В настоящее время ему 6 месяцев. Находится на искусственном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 8

Ребёнок родился с массой тела 3350 г., длиной 50 см. В настоящее время ему 9 месяцев. Находится на естественном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 9

Ребёнок родился с массой тела 2800 г., длиной 47 см. В настоящее время ему 10 месяцев. Находится на естественном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

ЗАДАЧА № 10

Ребёнок родился с массой тела 3400 г., длиной 48 см. В настоящее время ему 8 месяцев. Находится на искусственном вскармливании.

- Какую массу должен иметь ребёнок в этом возрасте?
- Его суточная потребность в пище и в основных пищевых ингредиентах.
- Составить диету на 1 день.

По теме: Дистрофии

ЗАДАЧА № 1

Ребёнку 3 месяца. Мать жалуется на плохой аппетит, недостаточные прибавки массы тела. Из анамнеза известно, что ребёнок от 2-й беременности, 2-х родов, протекавших нормально. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см. До 1 мес. получал грудь матери, затем из-за гипогалактии переведен на искусственное вскармливание смесями, режим кормления не соблюдался. Перенес простудные заболевания, отит. Прибавки массы составляли: 1-й месяц – 700 г, за 2-й – 700 г, за 3-й – 400 г. При осмотре: Рост 58 см, вес 5000 г, (д/в – 5600г, д/р – 59 см), ребёнок вялый, малоактивный, аппетит снижен. Голову держит, улыбается неохотно. Кожа бледная, сухая, на бедрах собирается складками. Подкожная клетчатка умеренно снижена на животе и бедрах, истончена на туловище и спине, сохранена на лице. Тургор тканей снижен. Мышцы дряблые, тонус снижен. Видимые слизистые суховатые, розовые, большой родничок слегка запавший, размер 2см - 3 см. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 160 в 1 минуту, ЧД – 52 в 1 минуту. При аускультации дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот умеренно вздут, увеличен в размере. Стул 1 раз в сутки, малым объемом, без патологических примесей. Мочится 9 раз в сутки

- Поставить диагноз.

- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 2

Ребёнку 6 месяцев. В поликлинике при осмотре, жалоб нет. Из анамнеза: ребёнок от 2-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 52 см. Находился на естественном вскармливании до 3-х недель, затем у матери исчезло молоко и ребёнок переведен на искусственное вскармливание, получал смесь «Малютка». При разведении смесей на 100 мл воды мать добавляла больше порошка, чем рекомендовано. С 3-х мес. стала давать манную кашу, которую в настоящее время получает по 250 г два раза в день. Овощной и фруктовый прикорм не дается. Прибавка массы ежемесячно по 1100 – 1200 г, сейчас вес ребёнка – 9200 г, длина – 68 см, (д/в – 8200). При осмотре ребёнок малоактивен, самостоятельно не сидит, кожа бледная, подкожно-жировой слой на животе толщиной 5 см. Тургор тканей дряблый, мышечный тонус снижен. Имеются косые рахитические деформации черепа и грудной клетки. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Живот при пальпации мягкий. Стул суховатый, крошкообразный, склонный к запорам.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнку 4 месяца. Из анамнеза известно, что ребёнок из социально неблагополучной семьи, мать злоупотребляет алкоголем, курит. Родился от 8-й беременности. Три предыдущие беременности закончились медицинским абортom, одна – выкидышем, три – родами. Беременность данным ребёнком протекала с токсикозом на всем её протяжении. Питание матери во время беременности было неполноценным. Масса при рождении – 2600 г, длина – 48 см. Грудью матери вскармливался до 1-го мес, затем у матери исчезло молоко и ребёнок был переведен на искусственное вскармливание сухими молочными смесями. Прибавки в массе не соответствовала возрасту. При осмотре: масса тела – 3750 г, длина 53 см. (д/в – 5200г.). Ребёнок заторможен, движения конечностями стереотипичны, резко повышен мышечный тонус в ногах, не гулит, не переворачивается со спинки на живот, игрушками не интересуется. Кожа бледная с сероватым оттенком, подкожная клетчатка развита плохо, толщина складки кожи на животе – 0,5 см. Тургор мягких тканей резко снижен. Голова с уменьшенным мозговым черепом, окружность её 33 см. Дыхание выслушивается везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Стул у ребёнка в малом объеме, редко. Мочится 9 раз.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 4

Ребёнку 2 месяца. Мать жалуется на плохой аппетит у ребёнка, частые срыгивания, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок от 1-й беременности, протекала с токсикозом. Мать страдает хроническим пиелонефритом, обострение, которого было во время беременности, в связи, с чем проводилась длительная антибактериальная терапия. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 2500 г, длина – 50 см. Вскармливается грудью матери. Прибавка массы тела за 1-й мес. составила 300 г, за 2-й - 400 г. При осмотре: Рост ребёнка 54 см, вес 3200г, (д/в – 4000 г), окружность головы – 39 см, груди – 35 см. Большой родничок размером 4 × 3,5 см пульсирует, ребёнок возбужден. Обращает на себя внимание увеличенный мозговой череп, заметен венозный рисунок. Кожа бледная, суховатая, сниженная эластичность. Подкожная клетчатка развита плохо. Видимые слизистые суховаты, мышечный тонус снижен, ребёнок голову не держит, взгляд фиксирует плохо, не улыбается. Дыхание

везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут. Стул 2-3 раза, скудный.

- Поставить диагноз.
- Составить план обследования;
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 5

Ребёнку 10 месяцев. В анамнезе: Родился от 4-й беременности. При сроке беременности 18 недель мать перенесла тяжелую форму гриппа, по поводу чего лечилась в стационаре, Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 3000 г, длина 48 см. Родился в состоянии асфиксии, закричал после проведения реанимационных мероприятий. К груди приложен на 3-и сутки, грудь взял хорошо, но сосал вяло. С 2-х месяцев переведён на искусственное вскармливание из-за гиполактации у матери. Режим кормления не соблюдался, прикормы давались не регулярно. Прибавки массы и роста были недостаточными. При осмотре: вес ребёнка 7800г, рост – 66 см. (д/в – 9200 г). Аппетит снижен, недостаточно активный, мало интересуется игрушками, пониженного питания, сидит хорошо, стоит с трудом, тургор мягких тканей снижен, выявляется умеренная мышечная гипотония. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 6

Ребёнку 1 год. В анамнезе: От 1-й беременности протекавшей без токсикоза, роды физиологические, вес-3200г, рост – 50 см, вскармливание грудное до 4-х месяцев, затем ребёнок был у бабушке в селе до 1-го года (по семейным обстоятельствам). Вес в 4 месяца – 6400 г. В селе бабушка кормила ребёнка козьим молоком, фруктовые и овощные пюре не получал. При осмотре: Вес ребёнка - 9000 г., рост – 73 см. (с 4-х мес. до 1 года врачом не осматривался). Зубов нет. Большой родничок не закрыт 1,5 x 1,5 см. Выступают лобные теменные бугры. Говорит несколько слов. Сидит уверенно. Стоит плохо. Не ходит. Внутренние органы без патологии. Живот увеличен в размере, умеренно вздут. Стул запорный. Мочится достаточно.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 7

Ребёнку 1 мес. Мать жалуется на беспокойство ребёнка, плохой сон. В анамнезе: Выяснено, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 3400 г, длина – 51 см. Находится на естественном вскармливании, но кормится беспорядочно. После кормления беспокоится. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без примесей, мочится 12 раз в сутки. При осмотре: температура тела нормальная, масса - 3500 г, длина – 54 см. Кожа бледная, со сниженной эластичностью. Толщина кожной складки на животе -0,8 см. Тургор мягких тканей снижен. Со стороны внутренних органов существенных отклонений нет. При контрольном взвешивании за кормление ребёнка высасывает по 60-80 мл. Молока в молочной железе у матери после кормления не остаётся.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 8

Ребёнку 6 мес. Мать пришла в поликлинику для профилактического осмотра. Жалоб мать не предъявляет. В анамнезе: ребёнок от 2-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 52 см. Находился на естественном вскармливании до 3-х недель, затем у матери исчезло молоко, и ребёнок переведен на искусственное вскармливание. До 2-х месяцев получал смесь «Малютка», с 2-х месяцев – смесь «Малыш». При разведении смесей на 100 мл воды мать добавляла больше порошка, чем рекомендовано. С 3-х месяцев введен 1-й прикорм в виде манной каши, которую в настоящее время получает по 250 г два раза в день. Овощной прикорм не даётся. Прибавка массы за первый месяц составила 1000 г, за второй – 1100 г, за 3-й – 900 г. Сейчас масса ребёнка – 9100 г, длина – 70 см.

При осмотре: ребёнок малоактивен, самостоятельно не сидит. Кожа бледная, складка кожи на животе толщиной 2 см. Тургор мягких тканей дряблый, мышечный тонус снижен. Имеются рахитические деформации черепа и грудной клетки. Со стороны внутренних органов существенных отклонений нет.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 9

Ребёнку 10 мес. В анамнезе: родился от 4-й беременности. При сроке беременности 8 недель мать перенесла тяжелую форму гриппа, по поводу чего лечилась в стационаре с использованием антибиотиков. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 48 см. Родился в состоянии синей асфиксии, закричал после проведения реанимационных мероприятий. К груди приложен на 3-и сутки, грудь взял хорошо, но сосал вяло. С 2-х мес. переведен на искусственное вскармливание из-за гиполактации у матери. Режим кормления не соблюдался, прикормы давались нерегулярно. Прибавки массы и роста были недостаточными. Голову начал держать в 2 мес, сидеть – в 7 мес. Дважды перенес бронхопневмонию, последнюю с затяжным течением. В настоящее время стоит с поддержкой, произносит отдельные слоги. Масса тела составляет – 7200 г, длина – 66 см. Аппетит снижен. При осмотре: ребёнок недостаточно активный, окружающим интересуется мало. Подкожная клетчатка развита недостаточно, толщина кожной складки на животе составляет 0,5 см. Тургор мягких тканей снижен, выявляется умеренная мышечная гипотония. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

ЗАДАЧА № 10

Ребёнку 1г. 6 мес., В анамнезе: родился в срок. Вес при рождении – 2800 г, длина – 49 см. Во вторую половину беременности мать перенесла ОРВИ. Роды затяжные. Ребёнок родился в асфиксии, но закричал сразу. С 3-х недель на искусственном вскармливании. С рождения понижен аппетит, нередко бывали срыгивания и рвота. Сон плохой. В весе прибавлял недостаточно. В 6 мес. перенёс ОРВИ. К году имел вес 9000 г.. При осмотре: вес 9500 г., длина – 74 см, ребёнок капризен, часто плачет. Самостоятельно не ест. Настойчивое кормление вызывает рвоту. Со стороны нервной системы патологии не выявлено. Внутренние органы без патологии.

- Поставить диагноз.
- Назначить лечение и диетотерапию.
- Дать рекомендации по восстановлению питания.

Комплект кейс-задач № 3 Частные вопросы педиатрии. Фоновые состояния у детей.

По теме: Острые расстройства пищеварения.

ЗАДАЧА № 1

Ребёнок 1 год 6 мес. заболел остро, повысилась температура 38° , рвота 3-4 раза в сутки, жидкий стул, зеленого цвета, плохо переваренный, со слизью. Ночь провёл беспокойно, рвота повторилась 1 раз. Стул с момента заболевания и до поступления 10 раз. К утру обратились к врачу, который поставил диагноз: «Острый гастроэнтероколит», направил в стационар. При поступлении жалобы на лихорадку ($39,5^{\circ}$), рвоту, жидкий стул, беспокойство, отказ от еды, жажду. Объективно: кожа бледная, суховатая, горячая. Тургор снижен, запавшие глаза, тени под глазами. Язык обложен белым налётом. Пульс – 145 в минуту, дыхание 50 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, со стороны органов дыхания патологии нет. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, урчит на всём протяжении. Сигмовидная кишка спазмирована. Стула на приёме не было. Мочился мало. Менингеальных симптомов нет. Вес при поступлении 11 кг. Долженствующий вес 11500г. Из анамнеза: родился в срок с массой 3500 г, развивался удовлетворительно. Ничем не болел. Неделю назад у матери была рвота (3-4 раза), жидкий стул 2 раза. Связывала заболевание с приёмом в пищу яиц.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 2

Ребёнок 4 месяца заболел остро, была однократна рвота, появился жидкий стул вначале каловый, затем водянистый. В последующем повторилась рвота 4 раза, в стуле содержалось много воды и не переваренные комочки. Мать лечила ребёнка отварами ромашки, зверобоя и фуразолидоном, но так как состояние не улучшилось (стул 8-10 раз, рвота 1-2 раза в сутки), обратилась к врачу, который направил ребёнка в инф. отделение. При поступлении состояние средней тяжести, беспокойный, жажда (тянется за бутылочкой) пьёт «много». Губы сухие, яркие, кожа суховатая, несколько запавшие глаза, язык сухой, обложен белым налётом. Тургор и эластичность снижены. Пульс – 152 в минуту. Дыхание – 50 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Со стороны органов дыхания патологии не обнаружено, Живот мягкий, болезненный. Сигмовидная кишка не спазмирована. Анус податлив, кожа вокруг него гиперемирована. Стула на приёме не было. Менингеальных симптомов нет. Вес при поступлении – 6000.0г., долженствующий вес – 6300г. Из анамнеза известно: родился в срок с массой 3150 г. развивался нормально на естественном вскармливании. Перенёс ОРВИ в 2 месяца. В весе прибавлял хорошо. В четыре месяца начала давать прикорм (пюре, каша, кефир) в полном объеме.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнок 2,5 года болеет 3 дня. Заболел остро, появился жидкий стул до 4 раз в сутки, рвота 2-3 раза, температура тела повысилась $37,9^{\circ}$. В последующие дни состояние ребёнка не улучшилось. Частота стула та же, рвота 1-2 раза в сутки, но характер стула стал более водянистый, появилась примесь мутной слизи, направлен в стационар. При поступлении температура тела 38° , ребёнок беспокойный, рвота «фонтаном», выражена бледность кожи, сухости нет. Губы и слизистая рта влажные. Тургор тканей слегка снижен. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 в минуту, дыхание 32 в минуту. Живот умеренно вздут, безболезнен. Печень 2,5 см, селезенка 2 см. Стул необильный, плохо переваренный со слизью. Менингеальных симптомов нет. Из анамнеза: родился в срок, в синей асфиксии. Еще в роддоме на коже ребёнка были гнойнички, затем исчезли. За 3 дня до настоящего заболевания был выписан из больницы, где лечился по поводу левостороннего гнойного отита, вес при выписке - 14500 г. При поступлении в стационар - 13800 г.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 4

Ребёнок 7 месяцев. Поступил в стационар через 18 часов от начала заболевания. Заболела остро, появилась многократная рвота, вначале съеденной пищи (остатки каши), затем водой. Спустя 2 часа появился жидкий стул обильный зловонный, зеленый, плохо переваренный без примесей. Это было вечером и мать к врачу не обратилась, а давала ребёнку много пить (чай, воду), после чего больная вырвала. На следующий день состояние ребёнка не улучшилось и мать обратилась к врачу, который направил их в стационар. В приёмном отделении состояние средней тяжести, температура тела $38,5^{\circ}$, бледность, сухость кожи, слизистых, снижены тургор и эластичность кожи, гипотония мышц, ЧД 40 в мин, пульс 150 уд. в мин., Живот не вздут, мягкий. Печень 1,5 см, селезёнка не увеличена. Стула на приеме не было, рвота «фонтаном» - водой. Из анамнеза: родился в срок с массой тела - 3000г. роды нормальные. Развивалась удовлетворительно на грудном вскармливании. В весе набирала хорошо. Ничем не болела. Вес при поступлении - 8200 г. Долженствующий вес - 8600 г.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 5

Ребёнок 6 мес. заболел остро, появилась обильная рвота 3-4 раза в сутки, жидкий стул, обильный, зеленого цвета, плохо переваренный, со слизью. Ночь провёл беспокойно, рвота повторилась 1 раз. Стул с момента заболевания и до поступления 10 раз. К утру обратились к врачу, который направил ребёнка в и/о с диагнозом: «Острый гастроэнтерит». При поступлении жалобы на рвоту, жидкий стул, беспокойство, отказ от еды, жажду. Объективно: кожа бледная, сухая, горячая, чистая. Тургор и эластичность снижена, запавшие глаза, тени под глазами. Язык обложен белым налётом. Пульс – 145 в минуту, дыхание 40 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, со стороны органов дыхания патологии нет. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, урчит на всём протяжении. Стула на приёме не было. Мочился мало. Менингеальных симптомов нет. Вес при поступлении - 7800 г., долженствующий вес - 8200г. Из анамнеза: родился в срок с массой 3500 г, развивался удовлетворительно, на смешанном вскармливании с 3 месяцев. В весе прибавлял хорошо. Ничем не болел. Связывала заболевание с приёмом в пищу творога.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 6

Ребёнок 4 года заболел остро, повысилась температура 38° , была однократна рвота, появился жидкий стул вначале каловый, затем одной слизью (мутной) с прожилками крови. В последующем повторилась рвота 4 раза, в стуле содержалось много воды и комочки слизи, в некоторых порциях - прожилки крови. Обратилась к врачу, который направил ребёнка в инф. отделение. При поступлении температура – $38,2^{\circ}$, беспокойный, пьёт «много». Губы сухие, яркие, кожа сухая, лицо несколько запавшие глаза, язык сухой, обложен белым налётом. Тургор и эластичность снижены. Пульс – 122 в минуту. Дыхание – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Со стороны органов дыхания патологии не обнаружено, Живот мягкий, б/болезненный. Сигмовидная кишка не спазмирована. Анус податлив, кожа вокруг него гиперемирована. Стула на приёме не было. Менингеальных симптомов нет. Вес при поступлении – 17200 г; долженствующий вес - 18 г. Из анамнеза известно: родился в срок с массой - 3500 г. развивался нормально на грудном вскармливании. Был в контакте со старшей сестрой (7 лет), которая 4 дня назад «понос с кровью».

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 7

Ребёнок 1,5 года болеет 3 дня. Заболел остро, появился жидкий стул до 5 раз в сутки, рвота 3-4 раза, температура тела повысилась $37,9^{\circ}$. Мать обратилась к врачу, который назначил обследование и лечение на дому: бисептол, ферменты, отвар шиповника и зверобоя. В последующие дни состояние ребёнка не улучшилось, частота стула 4 раза, рвота до 4-х раз в сутки. Характер стула стал более водянистый, появилась примесь мутной слизи, направлен в стационар. При поступлении температура тела 38° , ребёнок беспокойный, рвота «фонтаном». Выражена бледность кожи, сухости нет. Губы и слизистая рта влажные. Тургор тканей слегка снижен. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 150 в минуту, дыхание 40 в минуту. Живот вздут, урчит при пальпации. Печень 1,5 см, селезенка 2 см. Стул необильный, плохо переваренный со слизью. Тонус мышц снижен. Менингеальных симптомов нет. Из анамнеза: за 3 дня до настоящего заболевания был выписан из стационара, где лечился по поводу левосторонней пневмонии, вес при выписке 10 кг, при поступлении 9,500 г.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 8

Ребёнок А. 12 месяцев. Поступил в стационар через сутки от начала заболевания, в среднетяжелом состоянии. Заболела остро, появилась многократная рвота, вначале съеденной пищей (остатки творога), затем водой. Стул жидкий, обильный зловонный, зеленый, плохо переваренный без примесей. Это было вечером, и мать к врачу не обратилась, а давала ребёнку много пить (чай, воду), после чего ребёнок вырвал. На следующий день состояние ребёнка не улучшилось, и мать обратилась к врачу, который направил их в стационар. В приёмном отделении состояние средней тяжести, температура тела $38,5^{\circ}$, бледность, сухость кожи, слизистых, снижены тургор и эластичность кожи, ЧД -30 уд. в мин, пульс 150 ударов в минуту, Живот не вздут, мягкий. Печень 1,5 см, селезенка не увеличена. Стула на приеме не было, рвота «фонтаном» - водой.

Из анамнеза: родилась в срок с массой тела 3000 г. роды нормальные. Развивалась удовлетворительно на грудном вскармливании. В весе набирала хорошо. Ничем, кроме ветряной оспы не болела. Вес при поступлении - 10000г. долженствующий вес -10500 г.

- 1). Установить и обосновать диагноз.
- 2). Назначить лечение.

По теме: Анемии

ЗАДАЧА № 1

Света, 3 мес. Обследована перед вакцинацией: в анализе крови эр.- $3,5 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 90 г/л; $L \cdot 10^9/л$; цветной показатель – 0,80; СОЭ – 7 мм/ч.

В настоящее время получает смесь «Детолакт». При осмотре – масса тела 5800 г, длина 59 см. Кожа бледная, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 52 в 1 минуту. Со стороны сердечно - сосудистой системы, перкуторно - патологических изменений не выявлено, при аускультации тоны сердца ясные, выслушивается систолический шум. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка на 1 см, стул и диурез без патологии.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 2

У ребёнка 6 месяцев при исследовании крови были выявлены следующие показатели: Эр – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,80, гемоглобин – 96 г/л. Сывороточное железо – 5,8 мкмоль/л, ОЖСС-72,5 мкмоль/л. В анамнезе: ребёнок с 1 месяца находится на искусственном вскармливании неадаптированными смесями, получает прикорм в виде каш. Соки и фруктовые пюре получает нерегулярно, имеет дефицит массы тела 6%. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, тургор тканей снижен. Во внутренних органах патологических изменений нет.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнку 9 месяцев, поступил в клинику с жалобами матери на бледность кожных покровов у ребёнка, снижение аппетита, нарушение сна. Из анамнеза выявлено: ребёнок с 2-х месячного возраста находится на искусственном вскармливании, получает адаптированную смесь «Малыш». С 4-х месяцев введен 1-й прикорм в виде каши, которую ребёнок получает по 3 – 4 раза в день. Овощное пюре введено с 5 месяцев, но получает нерегулярно, так как ест неохотно, соки получает нерегулярно, мясной бульон, творог ребёнку дают ежедневно. При осмотре отмечается бледность кожи и слизистых оболочек. Выслушивается короткий систолический шум на верхушке сердца, имеется небольшая тахикардия. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез без патологии.

Лабораторно были выявлены следующие показатели крови: Эр- $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 85 г/л, цветовой показатель – 0,76, ретикулоциты – 11%, СОЭ – 15 мм/час. Сывороточное железо – 5,6 мкмоль/л, ОЖСС-75,8 мкмоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 4

Света 1 год 3 месяца. Поступила на стационарное лечение в тяжелом состоянии. Девочка пониженного питания, масса тела – 9100 г, длина – 75 см, кожные покровы восковидно - бледные, ушные раковины бледные, видимые слизистые оболочки бледные. Под глазами темные круги, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Девочка не интересуется игрушками, аппетит резко снижен, пьет только молоко. В легких перкуторно и аускультативно изменений нет, тоны сердца приглушены, над всей областью выслушивается отчетливый систолический шум, пульс 120 ударов в минуту, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Масса тела при рождении- 2800 г, находилась на искусственном вскармливании с 1 месяца. Соки получает с 4-х мес. овощной прикорм с 4-х мес., нерегулярно. В настоящее время выпивает до 1,5 л молока, твердую пищу ест плохо. С 4-х месяцев девочка находилась у бабушки в деревне. Анализ крови: эр – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, тромбоц.- $230 \cdot 10^9/л$, гемоглобин – 80г/л, цв.пок. – 0,8, ретикулоц.- 13%, СОЭ-14мм/ч. Резко выражен анизоцитоз, гипохромия. Содержание железа в сыворотке крови 9 ммоль/д. ОЖСС-75,2 мкмоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 5

Мальчику 1 год, вес 8000 г. Поступил в клинику с жалобами на бледность, похудание, плохой аппетит, вялость. В анамнезе: родился от второй беременности, доношенным. У матери во время беременности отмечали анемию. С 3-х мес. находился на смешанном вскармливании,

докорм смесью «Малютка». Первый прикорм – с 5-ти мес (манная каша). С 6-ти мес. вскармливается преимущественно кашами, овощным пюре. Фруктовые и ягодные соки практически не получал из-за проявлений аллергодерматоза. В возрасте 4 и 8 мес. перенес острую кишечную инфекцию, Профилактика рахита не проводилась. При осмотре: к году не ходит, первые зубы прорезались в 11 мес. при поступлении состояние ребёнка средней тяжести, кожа бледная и сухая, вялый. Пульс 110 уд/мин, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница сердца на уровне II ребра, левая – по левой сосковой линии, правая – 0,5 см снаружи от правой грудинной линии. Тоны сердца приглушены, на верхушке - систолический шум. Данные исследования периферической крови: эр.- $2,8 \cdot 10^{12}/л$, гемогл.- 78 г/л, цв.пок.-0,8, ретикулоц.-18%₀ СОЭ-12 мм/ч, микроцитоз- +++, гипохромия. Сывороточное железо – 7,5 мкмоль/л, ОЖСС-65,4 мкмоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 6

Девочка 4 мес поступила в клинику с жалобами на бледность, плохой аппетит, вялость, потливость. В анамнезе: ребёнок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой выкидыша на сроке 10 нед. Родилась недоношенной, масса тела 2400 г, длина 49 см. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании. Голову держит с 2-х мес, гулит. Объективно: масса тела 4500 г, длина 56 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 138 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница относительной сердечной тупости – II ребро, левая – 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Аускультация сердца: тоны слегка приглушены, шумов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край ровный. Селезенка не пальпируется. Анализ периферической крови: гемогл.-90г/л, эритроц.- $3,4 \cdot 10^{12}/л$, цв.пок - 0,8, СОЭ-5мм/ч, ретикулоциты – 11%. Сывороточное железо – 5,4 мкмоль/л, ОЖСС-54,8 мкмоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 7

Света, 10 мес, вес 9000г. Поступила в клинику с жалобами на бледность, снижение аппетита, вялость. В анамнезе: родилась доношенной (масса тела 3300 г, длина 49см), от первой беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. С 3,5 мес. находилась на искусственном вскармливании, фруктовые и ягодные соки практически не получала. С 5-ти месяцев кормится кашами. Профилактика рахита не проводилась. При осмотре: выраженная бледность, плаксивость, мышечная гипотония, Пульс 142 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца умеренно приглушены, на верхушке систолический шум. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край ровный, гладкий. Селезенка не пальпируется. Клинический анализ крови: эритроц.- $3,4 \cdot 10^{12}/л$, гемогл.-86г/л, лейкоц.- $8,2 \cdot 10^9/л$, цв. показ.- 076, ретикулоц.-18%₀, СОЭ – 7 мм/ч. Сывороточное железо – 7,4 мкмоль/л, ОЖСС- 68,2 мкмоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

ЗАДАЧА № 8

Аня 15 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, боли в эпигастральной области, снижение аппетита, головные боли, головокружение, периодически возникающие обморочные состояния. Из анамнеза: месячные с 12 лет обильные 7-10 дней, нерегулярны; в этот период стали возникать обморочные состояния, головокружения. Объективно: девочка

повышенного питания, кожные покровы выражено бледные, влажные, выражен сосудистый рисунок. Пульс 82 уд/мин., симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧД 18 в 1 минуту. АД 100/60 мм. рт. ст. При выслушивании сердца – систолический шум. Живот безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 80 г/л, цветной показатель – 0,8, лейкоциты – $4,0 \times 10^9/л$, СОЭ- 8 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия. Сывороточное железо – 9,3 мкмоль/л, ОЖСС-75,6 мкмоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Дать рекомендации по питанию и медикаментозному лечению, учитывая возрастные дозы.

По теме: Рахит

ЗАДАЧА № 1

Девочке 2 месяца. Мать отмечает, что ребёнок недавно стал «вздрагивать»: сон беспокойный, часто вскрикивает и просыпается. После сна на подушке остается «мокрое пятно», пот ребёнка приобрел своеобразный кислый запах. Девочка осмотрена педиатром поликлиники: состояние ребёнка расценено как удовлетворительное, не лихорадит, кожные покровы с небольшой опрелостью в паховых областях, зев чист, не гиперемирован. Неврологический статус – без особенностей. Тонус мышц конечностей не снижен, рефлексы в норме. На затылке - „облысение”, Большой родничок 2 x 2 см, края податливы. ЧСС -132 в 1 мин., границы сердца не расширены, тоны сердца ясные. Дыхательная система без изменений. Живот умеренно вздут, пальпируется край печени. Стул кашицеобразный, 3 раза в день. Девочка находится на грудном вскармливании, молока у матери достаточно. Мочится часто. Масса тела ребёнка – 4800 гр. Из анамнеза известно, что девочка родилась от благополучно протекавшей беременности, здоровых родителей, масса тела при рождении 3300 гр., длина 50 см. Период новорожденности протекал благополучно. До настоящего времени не болела.

- Поставить и обосновать его диагноз.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 2

Ребёнку 2 месяца. Жалобы матери на повышенную потливость, особенно в области затылка, плаксивость. Из анамнеза выяснено, что ребёнок родился в ноябре с массой 3400 г, длиной 50 см. Находится на искусственном вскармливании с двухнедельного возраста. Соки получает не регулярно, мало бывает на свежем воздухе. За два месяца прибавил в весе 1800г. При объективном осмотре: Кожа бледная с элементами потницы. Отмечается облысение затылка. Большой родничок, размером 2 x 2 см, края податливы. Уровень фосфора в крови – 0,9 ммоль/л, кальций – 2,6 ммоль/л, активность щелочной фосфаты – 2,2 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнку 9 месяцев. Поступил в клинику в связи с появлением судорог во время плача, ребёнок при этом посинел. Мать поднесла ребёнка к открытой форточке. Дыхание восстановилось, ребёнок пришел в сознание, цианоз и судороги через 2-3 минуты исчезли. Мать вызвала врача скорой помощи, и ребёнок был доставлен в стационар. Родители ребёнка здоровы. Ребёнок от первой беременности, протекавшей нормально. Роды в срок, масса при рождении – 52 см. Находился на естественном вскармливании до 1 месяца, затем искусственное. Фруктовые соки получал с 3-х месяцев нерегулярно, кашу несколько раз в день.

Овощное пюре - непостоянно. В возрасте 3-х месяцев был диагностирован рахит, но лечение не проводилось. В 6-7 месяцев ребёнок перенес ОРВИ. При осмотре ребёнка отмечалась бледность кожи, умеренное увеличение лобных и теменных бугров, нижняя апертура грудной клетки развернута, рахитические «четки» на ребрах, большой родничок 1,5 x 1,5 см, края плотные. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Сон спокойный. Кальций крови – 1,5 ммоль/л, фосфор – 0,9 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 4

Ребёнку 5 месяцев. Находится на смешанном вскармливании с 2-х месяцев. Мать жалуется на беспокойство ребёнка, повышенную потливость во время сна и кормления. При осмотре: отмечено облысение затылка, размер большого родничка 3 x 3 см., небольшое увеличение лобных и теменных бугров, слабо выраженные рахитические «четки» на ребрах. Содержание кальция – 1,9 ммоль/л, фосфора – 0,8 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 5

Ребёнку 8 месяцев. С 1-го месяца находится на искусственном вскармливании, фруктовые соки получает с 3-х месяцев нерегулярно. С 4-х месяцев давали манную кашу, с 6-ти мес. – овощное пюре. Последнее время пища в основном состояла из коровьего молока, каши, печенья. Голову держат с 2 месяцев, сидит с 7,5 мес. Самостоятельно не стоит. В возрасте 2-х месяцев у ребёнка диагностирован рахит, но назначенное лечение витамином Д₂ мать не проводила. В 3 мес. перенес ОРВИ. Ребёнок очень мало бывает на свежем воздухе. При осмотре: отмечается: Бледность кожных покровов, большой родничок 2 x 2 см. В области затылка имеется облысение. Выявляются увеличенные лобные и теменные бугры, рахитические «четки» на ребрах. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура ее развернута. Живот «лягушачий». Пальпируется печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, край селезенки. В крови – анемия легкой степени. Кальций крови – 1,8 ммоль/л, фосфор - 0,7 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 6

Ребёнку 1 год 4 месяца. Отмечается увеличение лобных и теменных бугров, большой родничок 1 x 0,5 см, края плотные. Ребёнок спокоен, сон не нарушен. Ходит самостоятельно с 1 года 1 мес. Зубы прорезались в 8 месяцев, к году 4 зуба. Дыхание без особенностей. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно увеличен в размере. Стул со склонностью к запорам.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 7

Ребёнку 1 год 9 месяцев. Отмечается увеличение лобных и теменных бугров, большой родничок закрыт, затылок уплощен. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура ее развернута. Ноги О-образно искривлены. Содержание фосфора в крови составляет 1,15 ммоль/л, кальция - 2,3 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы - 1,9 ммоль/л. На рентгенограмме дистальных отделов костей предплечья на месте эндохондрального окостенения имеется зона предварительного обызвествления. Контуры костных краев четкие.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 8

Ребёнку 10 месяцев. Находится на искусственном вскармливании. Голову держит с 2-х месяцев, сидит с 7 месяцев, в настоящее время ходит в кроватке. При осмотре: ребёнок спокоен. Отмечается небольшое увеличение лобных и теменных бугров, большой родничок 1 × 1 см, края плотные. На ребрах пальпируется рахитические «четки». Зубов 4 (2 – 2). Дыхание не изменено. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Кальций крови – 2,0 ммоль/л, фосфор – 1,3 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 9

Ребёнку 7 месяцев. Находится на естественном вскармливании, получает прикормы, соки, фруктовое пюре, мясной бульон, желток. Мать жалуется на повышенную потливость ребёнка во время сна. Ребёнок охотно интересуется игрушками. Самостоятельно сидит. Отмечается небольшое увеличение лобных и теменных бугров, большой родничок 1,5 × 2 см, края податливы. На ребрах пальпируется небольшие рахитические «четки». Зубов нет. Дыхание без патологии. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Кальций крови – 1,9 ммоль/л, фосфор – 0,7 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы – 2,9 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 10

Ребёнку 1 год, 9 месяцев. Поступил в клинику в связи с появлением судорог во время плача, ребёнок при этом посинел. Мать поднесла ребёнка к открытой форточке. Дыхание восстановилось, ребёнок пришел в сознание, цианоз и судороги через 2 мин исчезли. Мать вызвала врача скорой помощи, и ребёнок был доставлен в стационар.

В анамнезе: Родители ребёнка здоровы. Ребёнок от первой беременности, протекавшей нормально. Роды в срок, масса при рождении - 3300 г, длина - 52 см. Находился на естественном вскармливании до 1 мес., затем искусственное. Фруктовые соки получал с 3 мес. нерегулярно, кашу несколько раз в день, овощное пюре – непостоянно. В возрасте 3 месяцев был диагностирован рахит, но лечение не проводилось. В 6 и 7 мес. ребёнок перенес ОРВИ. При осмотре ребёнка отмечалось бледность кожи, умеренное увеличение лобных и теменных бугров, нижняя апертура грудной клетки развернута, рахитические «четки» на ребрах, большой

родничок 1,5 × 1,5 см, края плотные. Печень выступает на 2 см. из-под реберной дуги. Сон спокойный. Кальций крови – 1,5 ммоль/л, фосфор – 0,9 ммоль/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 11

У ребёнка 2-х месяцев находящегося на искусственном вскармливании неадаптированными смесями и не получающего с профилактической целью витамин Д₂. Родители отметили вялость, беспокойство, усиление потоотделения, облысение затылка. Вызванный участковый врач отметил следующие симптомы: Большой родничок 3 x 3 см, края мягкие, податливые, швы не сомкнуты, очаги размягчения на чешуе затылочной кости, увеличения лобных и теменных бугров нет. Кожные покровы бледные. Дыхание без патологии. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно увеличен в размере.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

ЗАДАЧА № 12

Мальчик 1 год 5 месяцев из Дома ребёнка направлен в детскую клинику по поводу кратковременных клиникотонических судорог, возникших на фоне нормальной температуры тела при проведении очередной противокоревой прививки. В приемном покое осмотрен педиатром: состояние вполне удовлетворительное, активен, улыбается, температура тела – 36,6⁰С, катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Кожа без сыпи, сухая, зев розовый. Зубов - 4 (2x2), с дефектом эмали. ЧСС – 120 в 1 минуту, тоны сердца приглушены, систолический шум над верхушкой. ЧД -32 в 1 минуту, дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Живот умеренно вздут, увеличен в объеме, при пальпации безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Выявлены выраженные костные изменения: „квадратная” голова, „четки” на грудной клетке, „браслеты” на руках и ногах, О-образное искривление ног. Из анамнеза: известно, что мальчик от юной матери (15 лет), которая во время беременности в женской консультации не наблюдалась, курила. Роды срочные, масса тела 3100 гр., длина 49 см., кричал сразу. Мать от ребёнка отказалась. К груди матери не прикладывали, находился на искусственном вскармливании адаптированными смесями. За первый год жизни дважды перенес острую кишечную инфекцию с лечением в стационаре.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- Какие факторы явились предрасполагающими для развития рахита?
- Назначить лечение ребёнку и коррекцию питания.

По теме: Аномалии конституции

ЗАДАЧА № 1

Даше 1 год 9 месяцев на приеме у врача, жалоб нет. В анамнезе: от I беременности протекавшей с токсикозом, вес при рождении 3500 г, рост 53 см, вскармливание искусственное с 3-х месячного возраста. При осмотре: активная, бодрая, развивается по возрасту в нервно-психическом развитии, в весе прибавляет хорошо, зев розовый, сопит носом, на коже, больше на щеках шелушащие элементы папулёзной сыпи, на головке чешуйки и расчесы; На коже ягодиц зудящая сыпь. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут. Стул запорный.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 2

Алена 5 лет. Жалобы: часто болеет простудными заболеваниями, плохо поддается лечению, длительно кашляет и сопит носом. Со слов мамы спит с открытым ртом и периодически плохо слышит. При осмотре: малоподвижная, скучная, часто капризничает, избыточная масса тела, кожа бледная пастозная, под глазами тени. Зев розовый, миндалины рыхлые, гипертрофирована, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, систолический шум. Живот мягкий периодически вздут. Печень и селезенка в норме. Стул со склонностью к запорам.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 3

Таня 6-ти месяцев, на искусственном вскармливании получает цельное молоко и кашу, фрукты и овощи не получала, в весе прибавляла избыточно, вес 9500 г. При осмотре: Кожа бледная, пастозная, на щеках сухие папулки, в движениях малоактивная, сидит плохо, зубов нет; зев розовый, язык «географический». Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум в V т. Живот мягкий умеренно вздут. Стул без патологии.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 4

Ваня 2,5 лет, находился на стационарном лечении по поводу обструктивного бронхита. Обследован: – признаки бронхита и тимомегалия, часто капризничает, кожа бледная; вес избыточный – 16 кг, тургор тканей дряблый, рыхлый, тонус мышц снижен, пальпаторно определяется увеличение шейных лимфоузлов размером 0,5 x 0,7 см. (периферический лимфатизм). Зев розовый, миндалины рыхлые, дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Стул и диурез в норме.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 5

Настя 4-х лет, поступила в стационар на 3-й день болезни, по поводу частой рвоты. В анамнезе; развивалась с опережением сверстников, обучалась в школе искусств, художественной школе; При осмотре: бледная, вялая, губы яркие сухие, с трещинами, резкий запах ацетона. Кожа сухая, зев розовый. Дыхание при аускультации пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные, учащены. Живот мягкий, печень + 2,5 см, селезенка + 1,0 см. Стул запорный.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 6

Саша 5 лет, Жалобы матери, что ребенок стал замкнутым, периодически появляются тики глаз, явления логоневроза, ночью иногда навязчивый кашель.

В анамнезе – ребенок детский сад не посещал, развивался с опережением сверстников, кушал плохо, избирательно. При осмотре: бледный, физическое развитие по возрасту, при общении мало контактен, на вопросы отвечает неохотно. Кожа сухая, местами элементы нейродермита. Зев розовый, язык умеренно обложен белым налетом. Дыхание и сердце без патологии. Живот мягкий, умеренно вздут, бывают кишечные колики. Стул запорный.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 7

Алёша 3 месяца. Жалобы: Мать отмечает у ребёнка появление гиперемии и мелкоточечной, розовой сыпи на ягодицах и бедрах. На щеках появилось покраснение и шелушение, а затем трещины, мокнутие с образованием корок. Ребёнок стал беспокойен, плохо спит, выражен зуд. В анамнезе: Родился от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, срочных родов. Масса при рождении 3100 г., длина 50 см. При осмотре: масса - 5100 г. Из-за гипогалактии у матери в последние дни начал получать докорм - лацидофильную «Малютку». Со стороны дыхания и сердца патологии нет.

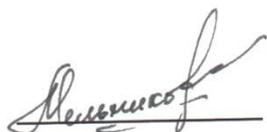
- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

ЗАДАЧА № 8

Оля, 4,5 года. Жалобы: мама почувствовала легкий запах ацетона изо рта ребёнка. Появились боли в животе, суставах, рвота. В анамнезе: Наследственность отягощена: у бабушки мочекаменная болезнь. При осмотре: Физическое развитие соответствует возрасту. Легко возбудим. Страдает логоневрозом. Психически развивается, опережая сверстников: умеет читать, знает много стихов. После посещения театра ребёнок очень возбудился, стремился поделиться с окружающими своими впечатлениями. Патологии по органам и системам не выявлено.

- Поставить и обосновать диагноз;
- Дать рекомендации по лечению и коррекции питания.

Составитель



М.А. Мельникова

« 16 » _____ 09 _____ 2021г.

ТЕСТ

Комплект тестов № 1

1. Рассчитать объем питания ребенку на 1 кормление по формуле Зайцевой, если известно, что ребенку 4 день жизни, вес при рождении 3500гр, фактическая масса 3600гр.

- А) 35
- Б) 36
- В) 280
- Г) 46
- Д) 320

2. Для детей первого года жизни самое качественное, рациональное и наиболее безопасное питание:

- А) грудное вскармливание
- Б) искусственное
- В) смешанное
- Г) вскармливание кормилицей

3. Свободным вскармливаем ребенка называется режим питания

- А) каждые 3 часа
- Б) каждые 3 часа с ночным перерывом
- В) когда ребенок определяет часы и объем кормления по требованию
- Г) кормление в определенные часы, но объем пищи определяется ребенком

4. Суточный объем питания ребенка от 2 до 4 месяцев жизни составляет

- А) $1/3$ от массы тела
- Б) $1/4$ от массы тела
- В) $1/5$ от массы тела
- Г) $1/6$ от массы тела

5. Продолжительность кормления ребенка грудью не должна превышать (мин.)

- А) 10
- Б) 20
- В) 30
- Г) 40

6. Суточный объем молока для детей первых 10 мес. жизни не превышает (л)

- А) 0,5
- Б) 1,0
- В) 1,5
- Г) 2,0

7. Интервал между кормлениями ребенка 3 мес. (в час.)

- А) 3
- Б) 4
- В) 5
- Г) 6

8. При вскармливании ребенка грудным молоком преобладающей флорой кишечника является:

- А) бифидумбактерин
- Б) стафилококки
- В) кишечная палочка

Г) клебсиелла

9. Рассчитать объем питания ребенку на одно кормление 1 месяца жизни, весом 4 кг по «объемному» способу по Гейбнер-Черни:

- А) **100**
- Б) 150
- В) 200
- Г) 400

10. В качестве первого прикорма в рацион здорового ребенка вводят:

- А) **Овощное пюре**
- Б) Кефир
- В) Мясной фарш
- Г) Творог

11. В качестве третьего прикорма в рацион здорового ребенка вводят:

- А) Овощное пюре
- Б) Молочная каша
- В) **Мясной фарш**
- Г) Фруктовое пюре

12. Введение новой пищи, постепенно замещающей кормление грудью, это:

- А) докорм
- Б) **прикорм**
- В) искусственное вскармливание
- Г) кормление смесью

13. Первый прикорм предпочтительно вводить:

- А) 3-4мес
- Б) **5-6мес**
- В) 8-9мес
- Г) 10мес

14. Вторым прикормом для ребенка грудного возраста является:

- А) фруктовый сок
- Б) овощное пюре
- В) **молочная каша**
- Г) мясо

15. В каком возрасте вводят третий прикорм на естественном вскармливании:

- А) **8 мес**
- Б) 9 мес
- В) 10 мес
- Г) 11мес

16. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени:

- А) **1 – 2 дня**
- Б) 3 – 7 дней
- В) 10 дней
- Г) до 14 дней

17. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет:

- А) 5 – 8 %
- Б) 5 – 15 %
- в) 10 – 20 %
- Г) 20 – 30 %**
- Д) более 30%

18. К паратрофии относятся состояния с:

- А) дефицитом массы тела более 10%
- Б) избытком массы от 5 до 10%
- В) избытком массы более 10%**
- Г) избытком массы до 5%

19. Объем питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище:

- А) 2/3 от нормы
- Б) 1/2 от нормы**
- В) 1/3 от нормы
- Г) 80% от нормы
- Д) 40% от нормы

20. Равномерный значительный дефицит массы и роста это:

- А) паратрофия
- Б) гипотрофия
- В) гипостатура**

21. При гипотрофии чаще всего наблюдается:

- А) анемия
- Б) дисбактериоз**
- В) атопический дерматит
- Г) рахит

22. Для гипотрофии III степени характерно:

- А) отсутствие подкожно-жирового слоя на туловище, конечностях и лице
- Б) отставание в росте
- В) дефицит веса более 30 %
- Г) кожа обвисает складками
- Д) все перечисленное**

23. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии III степени:

- А) 1 – 2 дня
- Б) 3 – 7 дней
- В) 10 дней
- Г) до 14 дней**

24. Расчет белков и углеводов в период белковой нагрузки у ребенка с гипотрофией II степени проводят на:

- А) должную массу тела
- Б) приблизительно должную массу тела
- В) на 10-15 % больше возрастной нормы
- Г) фактическую массу тела**

Д) не имеет значения

25. При установлении тяжести гипотрофии учитывают:

- А) дефицит массы тела
- Б) дефицит длины тела
- В) наличие признаков полигиповитаминоза
- Г) состояние резистентности
- Д) **все вышеперечисленное**

Комплект тестов № 2

1. В связывании и накоплении кальция участвует:

- А) **лимонная кислота**
- Б) уксусная кислота
- В) янтарная кислота

2. Соотношение уровня кальция и фосфора в крови в норме равно:

- А) **2:1**
- Б) 1:2
- В) 3:1

3. Для начального периода рахита характерен следующий клинический синдром:

- А) мышечная гипертония
- Б) краниотабес
- В) судорожный синдром
- Г) **потливость**

4. Причиной судорог при спазмофилии является:

- А) гипофосфатемия
- Б) **гипокальциемия**
- В) снижение активности фосфатазы
- Г) гиперкальциемия

5. Сокращение мускулатуры лица при постукивании молоточком по месту выхода лицевого нерва- это симптом:

- А) **Хвостека**
- Б) Труссо
- В) Маслова

6. Профилактическая доза витамина D для доношенного ребенка составляет:

- А) **500 Ед. в сутки**
- Б) 1000 Ед. в сутки
- В) 1500 Ед. в сутки
- Г) 2000 Ед. в сутки

7. Клинически явная тетания (спазмофилия) проявляется всем перечисленным, кроме:

- А) **симптомом Хвостека**
- Б) ларингоспазмом
- В) карпопедальным спазмом
- Г) клонико-тоническими судорогами

8. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

- А) нормохромной
- Б) гиперхромной
- В) гипохромной**

9. Железодефицитной анемии свойственны сидеропенические симптомы, кроме:

- А) трофическими изменениями кожи, ногтей, волос
- Б) извращением вкуса
- В) мышечной слабостью
- Г) судорожными подёргиваниями конечностей**

10. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:

- А) инфекционная форма аллергии
- Б) пищевая аллергия**
- В) лекарственная аллергия
- Г) ингаляционная аллергия

11. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, участвующих в пуриновом обмене и синтезе мочевой кислоты:

- А) лимфатико-гипопластический
- Б) нервно-артритический**
- В) атопический дерматит

12. Генетически детерминированная особенность обмена веществ, определяющая своеобразие адаптированных реакций организма и предрасполагающая к определенным заболеваниям-это:

- А) болезнь
- Б) аномалия конституции**
- В) реактивность
- Г) конституция

13. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

- А) нервно-артритическом**
- Б) лимфатико-гипопластическом
- В) атопическом дерматите

14. Наличие в семейном анамнезе ожирения, аутоиммунных заболеваний характерно при диатезе:

- А) атопическом дерматите
- Б) лимфатико-гипопластическом**
- В) нервно-артритическом

15. Угнетение лимфатической системы на рентгенограмме характерно для диатеза:

- А) атопическом
- Б) лимфатическом**
- В) нервно-артритическом

Составитель



М.А. Мельникова

« 16 » _____ 09 _____ 2021г.

**Тесты для промежуточной аттестации (компьютерный вариант)
по дисциплине ПЕДИАТРИЯ
для студентов 4 курса**

Тема: Анатомо-физиологические особенности систем и органов у детей

Подтема: Физическое развитие детей. Закономерности. Оценка.

1. Ребенок родился с массой 3400 г., длиной 51 см. В настоящее время он весит 5050г., рост 52 см. На какой возраст соответствую данные показатели?

- + на 2 мес.
- на 3 мес.
- на 1 мес.
- на 4 мес.

2. Ребёнок родился с массой тела 3100 г., длиной 50 см. Сейчас ему 3 мес. Сколько должен весить ребенок?

- 4550
- 4650
- + 4750
- 5000

3. Ребёнок здоров, держит голову, фиксирует взгляд. Масса тела 5000 г. длина 58 см (при рождении 3500 г. и 52 см. соответственно). Какому возрасту соответствует развитие данного ребёнка?

- 1 мес.
- + 2 мес.
- 3 мес.
- 4 мес
- оценить трудно по имеющимся данным

4. При осмотре в поликлинике ребёнок держит голову, приподнимает головку лежа на животе, улыбается, отрывисто гулит, снижены безусловные рефлексы – хватательный, ладонно-ротовой, ползания, Галанта, Переса. Какому возрасту соответствует ребёнок?

- 2 мес.
- + 3 мес.
- 5 мес.
- 6 мес.
- 8 мес.

5. Ребёнок 1,5 лет госпитализирован по поводу острой пневмонии ДН I степени. Состояние его средней тяжести, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, частота дыханий 60 в 1 мин., Ч.С.С. – 140 в 1 мин., одышка смешанного характера. Что из перечисленного послужило критериям для постановки диагноза дыхательной недостаточности I степени?

- + ЧСС 60 в минуту
- одышка при беспокойстве
- жесткое дыхание с удлиненным выдохом
- увеличение печени на 3 см
- очаговые тени в правом легком на рентгенограмме

6. Время первого перекрестка в лейкоцитарной формуле периферической крови:

- 2 -й дни жизни

- + 4 – 5-й дни жизни
- 10 – 11-й дни жизни
- 5 – 6-й месяц
- 1 год

Подтема: АФО органов дыхания.

7. Какова нормальная частота дыхания у здорового новорожденного?

- 10-15 в минуту
- 20-35 в минуту
- + 40-60 в минуту
- 70-80 в минуту

8. Пуэрильное дыхание у детей выслушивается с

- 5 до 10 лет
- 1 года до 9 лет
- + 6 мес. до 6 лет
- рождения до 3 лет

9. Частота дыханий у ребёнка 5 лет составляет

- 30-32 в 1 минуту
- 28-30 в 1 минуту
- + 23-25 в 1 минуту
- 18-20 в 1 минуту

10. Частота дыханий у подростков составляет

- 21-25 в 1 минуту
- 19-21 в 1 минуту
- + 16-18 в 1 минуту
- 13-14 в 1 минуту

11. Неустойчивый ритм дыхания у детей первых месяцев жизни проявляется:

- неравномерностью пауз между вдохом и выдохом
- чередованием глубоких вдохов с поверхностными
- лабильностью ритма при нагрузке
- + все перечисленное

12. Пуэрильное дыхание у детей обусловлено:

- малой воздушностью легочной ткани
- примесью ларингиального дыхания
- тонкой стенкой грудной клетки
- + все перечисленное

Подтема: АФО органов мочеполовой и мочевыделительной систем.

13. Количество выделяемой мочи от количества принятой жидкости у детей составляет:

- 20 – 30 %
- 50 – 60 %
- + 75 – 85%
- 90-95 %

14. Суточное количество мочи у ребёнка 1 месяца составляет:

- 150 – 180 мл
- + 200 – 300 мл
- 400 – 500 мл
- 500 – 600 мл

15. Суточное количество мочи у ребёнка 10 лет составляет:

- 600 – 800 мл
- + 1000 – 1200 мл
- 1400 – 1500 мл
- 1600 – 1800 мл

16. Число мочеиспусканий за сутки у ребёнка первого полугодия составляет:

- 5 – 10
- 10 – 15
- 15 – 20
- + 20 – 25
- 25 – 35

17. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон:

- + альдостерон;
- тироксин;
- инсулин;
- гонадотропин;
- андрогены.

18. Почечные канальцы у детей раннего возраста:

- широкие и короткие
- + короткие и узкие
- длинные и узкие

19. Функциональное состояние почек у детей позволяют оценить следующие показатели:

- уровень креатинина, мочевины
- КЩС
- уровень электролитов
- проба Зимницкого
- + все перечисленное

20. Величина клубочковой фильтрации у детей 1 года жизни снижена в связи с:

- сниженным гидростатическим давлением
- толщиной фильтрующей мембраны
- плохой проницаемостью фильтрующей мембраны
- + все перечисленное

Подтема: АФО органов кроветворения.

21. Уровень гемоглобина в возрасте старше 1 года составляет

- 80 – 100 г/л
- + 110 – 130 г/л
- 140 – 170 г/л
- 180 – 240 г/л

22. Количество ретикулоцитов у детей, кроме периода новорожденности составляет:

- 3-5‰
- + 5-10‰
- 12-15‰
- 40-60‰

23. Количество лейкоцитов в возрасте 1 года составляет

- 4-5 x 10⁹/л
- + 8-12 x 10⁹/л
- 13-14 x 10⁹/л
- 16-30 x 10⁹/л

24. Время первого перекрестка в лейкоцитарной формуле крови

- 2 – 3-й дни жизни
- + 4 – 5-й дни жизни
- 10 – 11-й дни жизни
- 5 – 6-й месяц

25. Время второго перекрестка в лейкоцитарной формуле крови

- 4- 5 мес
- + 4-5 лет
- 8 – 9 лет
- 10 лет

26. Уровень гемоглобина сразу после рождения составляет

- 90 – 110 г/л
- 110 – 130 г/л
- 130 – 140 г/л
- 150 – 170 г/л
- + 180 – 220 г/л

Подтема: АФО органов пищеварения.

27. У здоровых детей нижний край печени выступает из-под правого края реберной дуги до:

- 3 – 5 лет
- + 5 – 6 лет
- 8 – 9 лет
- 9 – 11 лет

28. Стул ребёнка на искусственном вскармливании

- + светло-желтого цвета
- замазкообразной консистенции
- имеет кислый запах
- содержит много воды
- имеет примесь слизи и зелени

29. При вскармливании ребёнка грудным молоком преобладающей флорой кишечника являются:

- + бифидум-бактерии
- кишечные палочки
- энтерококки
- клебсиелла

- ацидофильные палочки

30. Низкая секреторная активность слюнных желез у детей наблюдается:

- + до 3 мес.
- до 8 мес.
- до 2 лет
- до 3 лет

31. В состав желудочного сока у детей входит:

- соляная кислота;
- пепсин;
- липаза;
- хлорид натрия;
- + все перечисленное

32. Функции нормальной микрофлоры кишечника:

- синтез витаминов К, группы В, синтез аминокислот
- способствует всасыванию Fe, Ca, вит. Д
- подавляет рост энтеропатогенных кишечных палочек
- участие в пищеварительных процессах
- + все перечисленное

Подтема: АФО органов сердечно-сосудистой системы.

33. Средняя частота пульса у ребёнка в возрасте 1 года составляет:

- 100 в 1 минуту
- + 120 в 1 минуту
- 150 в 1 минуту
- 160 в 1 минуту

34. Средняя частота пульса у ребёнка в возрасте 10 лет составляет

- 50 в 1 минуту
- 75 в 1 минуту
- + 85 в 1 минуту
- 100 в 1 минуту

35. Для расчета среднего систолического артериального давления (в мм.рт.ст.) у детей старше 1 года используется формула. (n – возраст в годах):

- $50 + 2n$
- $80 + n$
- + $90 + 2n$
- $100 + n$

36. Верхушечный толчок у детей до 2 лет локализуется в:

- III межреберье
- + IV межреберье
- V межреберье
- VI межреберье

37. Аранциев проток (у плода) впадает в:

- аорту
- верхнюю полую вену

- + нижнюю полую вену
- воротную вену
- легочную вену

38. Боталлов (артериальный) проток находится между:

- предсердиями
- желудочками
- + аортой и легочной артерией
- правым предсердием и желудочком
- левым предсердием и желудочком

Подтема: АФО нервной системы.

39. Ребенку 6 мес. Следит за движущейся игрушкой, поворачивает голову на голос взрослого, улыбается в ответ на улыбку, некоторое время удерживает голову, лежа на животе, гулит. Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.

- + Нервно-психическое развитие соответствует 2 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 6 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 1 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 8 мес.

40. Коля 1 год 3 мес., при осмотре у врача выявлено: понимает много слов из обращенной к нему речи. Во время игры пользуется лепетом и отдельными облегченными словами («би-би» - машина), различают величину двух одинаковых по форме предметов, воспроизводит действия с предметами, активно движется (приседает, наклоняется). Ест самостоятельно густую кашу ложкой, самостоятельно хорошо пьёт из чашки. Оцените развитие ребенка.

- + Нервно-психическое развитие соответствует 1 году 3 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 1 году 6 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 9 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 2 годам.

41. Понимание речи соответствует 2 годам, активная речь – на 1 год 9 месяцев. Сенсорное развитие, игра и действия с предметами - на 1 год 9 месяцев. Движения и навыки соответствуют 2 годам. Оцените развитие ребенка.

- Нервно-психическое развитие соответствует 1,6 мес.
- Нервно-психическое развитие соответствует 2 годам.
- Нервно-психическое развитие соответствует 2,1 мес.
- + Нервно-психическое развитие соответствует 1,9 мес.

42. При осмотре у педиатра: ребёнок лепечет, произносит отдельные слоги, хорошо понимает обращенную к нему речь, начинает ходить самостоятельно, пытается кушать из ложки, пьёт из чашки, различает животных, игрушки. Какому возрасту соответствует психическое и статическое развитие?

- 6 мес.
- 10 мес.
- + 1 год
- 2 года
- 3 года

Подтема: АФО костно-мышечной системы.

43. Максимальные сроки закрытия большого родничка:

- 4 – 6 месяцев
- 7 – 9 месяцев
- 10 – 12 месяцев
- + 16 – 18 месяцев

44. Легкая смещаемость внутренних органов у детей в связи со слабым развитием внутренней жировой клетчатки сохраняется до:

- 1 года
- 2-3 лет
- 5-7 лет
- + 10-15 лет

45. Особенности подкожно-жировой клетчатки:

- наличие бурой жировой ткани
- преобладает содержание жидких жирных кислот на животе и бедрах
- последовательность уменьшения подкожно-жировой клетчатки на животе, груди, на конечностях, на лице
- + все перечисленное

46. Особенности костной системы:

- волокнистое строение
- большое содержание воды и органических веществ
- малое содержание минеральных веществ
- большая эластичность, гибкость
- + все перечисленное

47. У детей по сравнению со взрослыми функция кожи:

- защитная выше, дыхательная ниже
- защитная выше, дыхательная выше
- + защитная ниже, дыхательная выше
- защитная ниже, дыхательная ниже

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

- + больше
- меньше
- такое же

49. Количество молочных зубов определяется по формуле:

- + $n-4$ („n“ - число мес.)
- $2n-4$
- $n-6$

50. Большой родничок закрывается в возрасте:

- 6-7 месяцев
- 10-12 месяцев
- + 12-18 месяцев
- 18-20 месяцев

Подтема: Анемия.

51. Девочке 3 года. Поступила в клинику в связи с появлением желтушности кожных покровов, снижением уровня эритроцитов до $2 \cdot 10^{12}/л$ и гемоглобина до 63 г/л. Из анамнеза известно, что с 3-х месячного возраста у ребёнка отмечаются кризы, сопровождающиеся появлением желтухи и анемии. Часто кризы развиваются на фоне вирусной инфекции или после нее. При осмотре: отмечается желтушность кожи и склер, увеличение печени на 3 см., селезенки – на 2,5 см. Кал окрашен в темно-коричневый цвет. Поставь диагноз:

- Гемолитическая анемия.
- + Гемолитическая анемия. Гемолитический криз.
- Гипохромная анемия I степени смешанного генеза.
- Нормохромная анемия.

52. Мальчику 1 год, вес 8000 г. Поступил в клинику с жалобами на бледность, похудание, плохой аппетит, вялость. Родился от второй беременности, доношенным. У матери во время беременности отмечали анемию. С 3-х мес. находился на смешанном вскармливании, докорм смесью «Малютка». Первый прикорм – с 5-ти мес. (манная каша). С 6-ти мес. вскармливается преимущественно кашами, овощным пюре. Фруктовые и ягодные соки практически не получал из-за проявлений аллергодерматоза. Страдает дисбактериозом кишечника. В возрасте 4 и 8 мес. перенес острую кишечную инфекцию, в 3 мес. – острую респираторно-вирусную инфекцию. Профилактика рахита не проводилась. К году не ходит, первые зубы прорезались в 11 мес. при поступлении состояние ребёнка средней тяжести, бледен, вял. Кожа сухая. Кроме того, выявлены умеренная мышечная гипотония, увеличение живота, расхождение прямых мышц живота, расширение пупочного кольца, уплощение затылка, выступающие лобные бугры, утолщение эпифизов трубчатых костей. Пульс 110 уд/мин, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница сердца на уровне II ребра, левая – по левой сосковой линии, правая – 0,5 см кнаружи от правой грудинной линии. Тоны сердца приглушены, на верхушке – функциональный систолический шум. Данные исследования периферической крови: эр.- $2,8 \cdot 10^{12}/л$, гемогл.- 78 г/л, цв.пок.-0,78, ретикулоц.-8%, лейкоциты- $10 \cdot 10^9/л$, эозинофилы-3%, базофилы-1%, палочкоядерные-2%, сегментоядерные-25%, лимфоц.-68%, моноц.-1%, СОЭ-12 мм/ч, микроцитоз- +++, гипохромия.

Поставьте диагноз:

- + Гипохромная анемия II степени тяжести, смешанного генеза, гипотрофия II степени.
- Гипохромная анемия III степени тяжести, смешанного генеза.
- Гипохромная анемия II степени тяжести, смешанного генеза, гипотрофия III степени.
- Нормохромная анемия II степени тяжести, смешанного генеза, гипотрофия II степени.

53. У ребёнка 6 месяцев при исследовании крови были выявлены следующие показатели: Эр – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,80, ретикулоциты – 12%, гемоглобин – 104 г/л. Ребёнок с 1 месяца находится на искусственном вскармливании неадаптированными смесями, получает прикорм в виде каш. Соки и фруктовые пюре получает нерегулярно, имеет дефицит массы тела 6%. Во внутренних органах патологических изменений нет.

Поставьте диагноз:

- + Гипохромная анемия I степени смешанного генеза, угрожаемый по гипотрофии.
- Гипохромная анемия II степени смешанного генеза.
- Гипохромная анемия I степени смешанного генеза, гипотрофия I ст.
- Нормохромная анемия I степени смешанного генеза, угрожаемый по гипотрофии.

54. Света 1 год 3 месяца. Поступила на стационарное лечение в тяжелом состоянии. Девочка пониженного питания, масса тела – 9100 г, длина – 75 см, кожные покровы восковидно-бледные, ушные раковины бледные, видимые слизистые оболочки тоже резко бледные. Под

глазами темные круги, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Девочка не интересуется игрушками, аппетит резко снижен, пьет только молоко. В легких перкуторно и аускультативно изменений нет, тоны сердца приглушены. Над всей областью выслушивается отчетливый систолический шум, пульс 120 ударов в минуту, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Масса тела при рождении- 2800 г, находилась на искусственном вскармливании с 1 месяца. Соки получает с 4-х мес. овощной прикорм с 4-х мес., нерегулярно. В настоящее время выпивает до 1,5 л молока, твердую пищу ест плохо. С 4-х месяцев девочка находилась у бабушки в деревне. Анализ крови: эр – $2,04 \cdot 10^9$ /л, тромбоц.- $231 \cdot 10^9$ /л, Л- $5,8 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин – 70г/л, цв.пок. – 0,75, э – 2%, ю – 2%, п – 7%, с – 28%, лимф.-52%, мон.-9%, ретикулоц.- 13%, СОЭ-4мм/ч. Резко выражен анизоцитоз, полихроматофилия. Содержание железа в сыворотке крови 9 ммоль/л. Поставьте диагноз:

- Нормохромная анемии тяжелой степени жести.
- Железодефицитная гипохромная анемия средней степени тяжести.
- + Железодефицитная гипохромная анемия тяжелой степени.
- Нормохромная анемия средней степени тяжести.

55. Назовите продолжительность курса лечения препаратами железа при легкой анемии:

- 2 недели
- 1 месяц
- + 3 месяца

56. У ребенка со среднетяжелой анемией лечебная доза элементарного железа на 1 кг/массы в сутки составляет:

- 1-2 мг.
- + 4-5 мг.
- 10-15 мг.

Подтема: Рахит.

57. Девочка 4 мес. поступила в клинику с жалобами на бледность, плохой аппетит, вялость, потливость. Ребёнок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой выкидыша на сроке 10 нед. Родилась недоношенной, масса тела 2400 г, длина 49 см. С 3 мес на искусственном вскармливании. Голову держит с 2-х мес, гулит. Бледность отмечается с 1,5 мес. Объективный статус: Масса тела 4500 г, длина 56 см. Кожные покрова и видимые слизистые бледно-розовые. Пульс 138 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница относительной сердечной тупости – II ребро, левая – 2,5 см кнаружи от левой сосковой линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Аускультация сердца: тоны слегка приглушены, шумов нет. Определяется умеренно выраженная мышечная гипотония, скошенность затылка и его облысение. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край ровный. Селезенка не пальпируется. Поставьте диагноз:

- Рахит I степени острое течение, период разгара.
- + Рахит I степени подострое течение, период разгара.
- Рахит I степени подострое течение, период разгара.
- Рахит II степени острое течение, период разгара.
- Рахит II степени подострое течение, период разгара

58. Девочке 2 месяца. Мать отмечает, что ребёнок недавно стал «вздрагивать»: сон беспокойный, часто вскрикивает и просыпается. После сна на подушке остается «мокрое пятно», пот ребёнка приобрел своеобразный кислый запах. Девочка осмотрена педиатром поликлиники: состояние ребёнка расценено как удовлетворительное, не лихорадит, кожные покровы с небольшой опрелостью в паховых областях, зев чист, не гиперемирован. Неврологический статус – без особенностей. Тонус мышц конечностей не снижен, рефлексы в

норме. На затылке - „облысение”, Большой родничок 2 x 2 см, края податливы. ЧСС -132 в 1 мин., границы сердца не расширены, тоны сердца ясные. Дыхательная система без изменений. Живот умеренно вздут, пальпируется край печени. Стул кашицеобразный, 3 раза в день. Девочка находится на грудном вскармливании, молока у матери достаточно. Мочится часто. Масса тела ребёнка – 4800 гр. Из анамнеза известно, что девочка родилась от благополучно протекавшей беременности, здоровых родителей, масса тела при рождении 3300 гр., длина 50 см. Период новорожденности протекал благополучно. До настоящего времени не болела. Поставьте диагноз:

- + Рахит I степени, начальный период, острое течение.
- Рахит II степени, период разгара, подострое течение.
- Рахит I степени, период разгара, острое течение.
- Рахит II степени, начальный период, подострое течение.

59. Ребёнку 8 месяцев. С 1-го месяца находится на искусственном вскармливании, фруктовые соки получает с 3-х месяцев нерегулярно. С 4-х месяцев давали манную кашу, с 6-ти мес. – овощное пюре. Последнее время пища в основном состояла из коровьего молока, каши, печенья. Голову держат с 2 месяцев, сидит с 7,5 мес. Самостоятельно не стоит. В возрасте 2-х месяцев у ребёнка диагностирован рахит, но назначенное лечение витамином Д₂ мать не проводила. В 3 мес. перенес ОРВИ. Ребёнок очень мало бывает на свежем воздухе. При осмотре отмечается: Бледность кожных покровов, большой родничок 2 x 2 см. В области затылка имеется облысение. Выявляются увеличенные лобные и теменные бугры, рахитические «четки» на ребрах. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура ее развернута. Живот «лягушачий». Пальпируется печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, край селезенки. В крови – анемия легкой степени. Кальций крови –1,8ммоль/л, фосфор - 0,7 ммоль/л. Поставьте диагноз:

- Рахит I степени, период разгара, острое течение.
- + рахит II степени, период разгара, подострое течение.
- Рахит II степени, период разгара, острое течение.
- Рахит I степени, период остаточных проявлений, острое течение.

60. Ребёнку 9 месяцев. Поступил в клинику в связи с появлением судорог во время плача, ребёнок при этом посинел. Мать поднесла ребёнка к открытой форточке. Дыхание восстановилось, ребёнок пришел в сознание, цианоз и судороги через 2-3 минуты исчезли. Мать вызвала врача скорой помощи, и ребёнок был доставлен в стационар. Родители ребёнка здоровы. Ребёнок от первой беременности, протекавшей нормально. Роды в срок, масса при рождении – 52 см. Находился на естественном вскармливании до 1 месяца, затем искусственное. Фруктовые соки получал с 3-х месяцев нерегулярно, кашу несколько раз в день. Овощное пюре - непостоянно. В возрасте 3-х месяцев был диагностирован рахит, но лечение не проводилось. В 6-7 месяцев ребёнок перенес ОРВИ. При осмотре ребёнка отмечалась бледность кожи, умеренное увеличение лобных и теменных бугров, нижняя апертура грудной клетки развернута, рахитические «четки» на ребрах, большой родничок 1,5 x 1,5 см, края плотные. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Сон спокойный. Кальций крови – 1,5 ммоль/л, фосфор – 0,9 ммоль/л. Поставьте диагноз:

- + Рахит II степени, период разгара, подострое течение.
- Рахит I степени, период разгара, острое течение.
- Рахит I степени, период разгара, подострое течение.
- Рахит II степени, период остаточных проявлений, острое течение.

61. Саша 1 год, на фоне внешнего благополучия появились признаки беспокойства, затрудненного дыхания с втяжением на вдохе яремной и подключичной ямок, сухого навязчивого «лающего» кашля, легкого периорального цианоза. В покое состояние ребёнка удовлетворительное, температура 36,8°С, отмечается потливость. При осмотре обнаружены

признаки рахита. Мышечный тонус снижен. Менингеальных симптомов нет. Внутренние органы – без патологии.

Какие дополнительные диагностические исследования следует провести?

- проба Сульковича
- кальций сыворотки крови
- фосфор сыворотки крови
- щелочная фосфатаза
- + все вышеуказанные

62. Ребёнку 1 год 9 месяцев. Отмечается увеличение лобных и теменных бугров, большой родничок закрыт, затылок уплощен. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура ее развернута. Ноги О-образно искривлены. Содержание фосфора в крови составляет 1,15 ммоль/л, кальция - 2,3 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы - 1,9 ммоль/л. На рентгенограмме дистальных отделов костей предплечья на месте эндохондрального окостенения имеется зона предварительного обызвествления. Контур костных краев четкие. Поставьте диагноз:

- Рахит I степени, период разгара, острое течение.
- + Рахит II степени, период остаточных явлений.
- Рахит II степени, период разгара, острое течение.
- Рахит I степени, период разгара, подострое течение.
- Рахит I степени, период реконвалесценции.

63. Ребёнок 2,5 мес. Родился в начале ноября, находится на грудном вскармливании. В последние 2-3 недели беспокоен, плохо спит, вздрагивает во сне, потлив. При осмотре бледен, кожа влажная, затылок облысевший. Тургор тканей понижен. Видимых деформаций скелета нет, края большого родничка податливы. Внутренние органы без патологических изменений. Стул неустойчивый. Какая стадия рахита наиболее вероятна в данном случае?

- начальный период
- + период разгара
- период реконвалесценции
- период остаточных явлений

64. Для проведения профилактики рахита в поликлинике используют:

- панангин
- + эргокальциферол (водный раствор)
- спиртовой раствор витамина D
- новокаин

Тема: Аномалии конституции

Подтем: Диатезы.

65. Ребёнку 5 лет. Девочка активная, подвижная. Много говорит. Запас слов богатый, знает стихи, эмоционально лабильная. Бледная, черепно-мозговые нервы без патологии. Мимика лица подвижная. Аппетит снижен, часты рвоты. Состояние внутренних органов без особенностей. В крови содержание мочевой кислоты 0,5 ммоль/л. При рвоте в моче появляется ацетон. Сахар крови – 3,85 ммоль/л, диастаза мочи – 32 ед.

Поставьте предположительный диагноз:

- аллергический диатез
- лимфатический диатез
- + нервно-артритический диатез
- ацетоническая рвота на фоне панкреатита

- сахарный диабет

66. Ребёнок 1 год 2 мес. Госпитализирован в клинику по поводу частых ОРВИ с навязчивым кашлем, неустойчивым стулом. При обследовании выявили себорею, строфулюс, «географический» язык, рыхлость и пастозность подкожной клетчатки, умеренное увеличение печени и селезёнки, «четки» на рёбрах. В анализе мочи большое количество эпителия. Как следует расценивать имеющийся симптомокомплекс?

- хронический бронхо-легочный процесс
- + аномалия конституции
- рахит в стадии разгара
- инфекция мочевыводящих путей
- энтероколит

67. Таны, 3 мес., на искусственном вскармливании, получают «Малыш», на щеках розовые пятна с шелушением, на голове гнейс, в физическом и нервно-психическом развитии соответствует возрасту. О какой патологии следует думать?

- аллергический диатез
- нервно-артритический диатез
- + экссудативно-катаральный диатез
- лимфатический диатез

68. Девочка 3 года. Активная, подвижная, много говорит, запас слов богатый, знает стихи, эмоционально лабильная, бледная, черепно-мозговые нервы без патологии, мимика лица подвижная, аппетит снижен, частая рвота. Состояние внутренних органов без особенностей. В крови содержание мочевой кислоты 0,5 ммоль/л. При рвоте в моче появляется ацетон. Сахар крови – 3,85 ммоль/л, диастаза мочи – 32 ед. Предполагаемый диагноз:

- аллергический диатез
- лимфатический диатез
- мочекислый диатез
- + нервно-артритический диатез
- сахарный диабет

Тема: Питание в педиатрии и его нарушения

Подтема: Рациональное питание в педиатрии.

69. Ребёнок 5 мес. Находится на грудном вскармливании. Получает яблочный сок и фруктовое пюре, яичный желток. Развивается удовлетворительно.

Какую рекомендацию по питанию необходимо дать прежде всего?

- добавить морковный сок
- начать прикорм манной кашей
- + ввести овощное пюре
- включить в рацион готовое мясное пюре
- дать творог

70. Потребность в воде у детей грудного возраста составляет:

- 30-50 мл/кг
- 80-90 мл/кг
- + 130-150 мл/кг
- 170-190 мл/кг

71. Здорового ребёнка к груди матери после рождения следует приложить:

- + в первые 30 минут жизни
- через 2 часа
- через 4 – 6 часов
- через 12 часов

72. Рассчитать объем питания ребенку на 1 кормление по формуле Зайцевой, если известно, что ребенку 4 день жизни, вес при рождении 3500гр, фактическая масса 3600гр.

- + 35
- 36
- 280
- 46
- 320

73. Для детей первого года жизни самое качественное, рациональное и наиболее безопасное питание:

- + **грудное вскармливание**
- искусственное
- смешанное
- вскармливание кормилицей

74. Свободным вскармливаем ребенка называется режим питания:

- каждые 3 часа
- каждые 3 часа с ночным перерывом
- + **когда ребенок определяет часы и объем кормления по требованию**
- кормление в определенные часы, но объем пищи определяется ребенком

75. Суточный объем питания ребенка от 2 до 4 месяцев жизни составляет

- $\frac{1}{3}$ от массы тела
- $\frac{1}{4}$ от массы тела
- $\frac{1}{5}$ от массы тела
- + **$\frac{1}{6}$ от массы тела**

76. Продолжительность кормления ребенка грудью не должна превышать (мин.)

- 10
- + **20**
- 30
- 40

77. Суточный объем молока для детей первых 10 мес. жизни не превышает (л)

- 0,5
- + **1,0**
- 1,5
- 2,0

78. Интервал между кормлениями ребенка 3 мес. (в час.)

- + **3**
- 4
- 5
- 6

79. При вскармливании ребенка грудным молоком преобладающей флорой кишечника

является:

- + **бифидумбактерин**
- стафилококки
- кишечная палочка
- клебсиелла

80. Рассчитать объем питания ребенку на одно кормление 1 месяца жизни, весом 4 кг по «объемному» способу по Гейбнер-Черни:

- + **100**
- 150
- 200
- 400

81. В качестве первого прикорма в рацион здорового ребенка вводят:

- + **Овощное пюре**
- Кефир
- Мясной фарш
- Творог

Подтема: Дистрофии (хронические расстройства питания)

82. Ребёнку 3 месяца. Мать жалуется на плохой аппетит, недостаточные прибавки массы тела. Из анамнеза известно, что ребёнок от 2-й беременности, 2-х родов, протекавших нормально. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см. До 1 мес. получал грудь матери, затем из-за гипогалактии переведен на искусственное вскармливание адаптированными смесями, режим кормления не соблюдался. Перенес простудные заболевания, отит. Прибавки массы составляли: 1-й месяц – 500 г, за 2-й – 400 г, за 3-й – 100 г. При осмотре: Рост 56 см, вес 4200 г, (д/в – 5600г, д/р – 59 см), ребёнок вялый, малоактивный, аппетит снижен. Голову держит плохо, улыбается неохотно. Кожа бледная, сухая, на бедрах собирается складками. Подкожная клетчатка умеренно снижена на животе и бедрах, истончена на туловище и спинке, сохранена на лице. Тургор тканей снижен. Мышцы дряблые, тонус снижен. Видимые слизистые суховатые, розовые, большой родничок слегка запавший, размер 2см - 3 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 160 в 1 минуту, Ч Д – 52 в 1 минуту. При аускультации дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот умеренно вздут, увеличен в размере. Стул 1 раз в сутки, малым объемом, без патологических примесей. Мочится 9 раз в сутки. Поставьте диагноз.

- + Гипотрофия II степени, алиментарного генеза.
- Гипотрофия I степени, алиментарного генеза.
- Гипотрофия пренатального происхождения, энцефалопатическая форма.
- Дистрофия типа гипотрофии II степени эндогенного происхождения.

83. Врач, осматривая ребёнка 5-месячного возраста, обнаружил у него замедленное расправление кожной складки. О каком из нижеперечисленных состояний свидетельствует снижение эластичности кожи?

- рахит в фазе разгара
- + дистрофия I степени
- быстро наступившее обезвоживание
- склерема

84. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет

- 5 – 8 %
- 5 – 15 %

- 10 – 20 %
- + 20 – 30 %
- более 30%

85. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет

- 5 – 8 %
- 5 – 15 %
- 10 – 20 %
- 20 – 30 %
- + более 30%

86. К паратрофии относятся состояния с:

- дефицитом массы тела более 10%
- избытком массы от 4 до 9%
- + избытком массы более 10%
- избытком массы до 5%

87. Равномерный значительный дефицит массы и роста это:

- паратрофия
- гипотрофия
- + гипостатура

Тема: Заболевания органов дыхания

Подтема: Бронхообструктивный синдром.

88. У ребёнка 7 месяцев на фоне ОРВИ на 4-й день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8°C, появилась одышка в виде шумного хрипящего дыхания. Перкуторно – коробочный звук. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные рассеянные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предположительный диагноз?

- бронхиолит
- + обструктивный синдром
- рецидивирующий бронхит
- пневмония

89. Возникновению обструкции бронхов при заболеваниях детей раннего возраста способствует:

- узость просвета бронхов
- гиперсекреция слизи
- недоразвитие хрящевого каркаса и эластических волокон
- + все перечисленное

Подтема: Пневмония.

90. Света, 3,5 мес. Находится в клинике по поводу пневмонии, родилась при сроке беременности 30 недель, масса тела при рождении 1850 г, длина тела 40 см, на искусственном вскармливании с 1,5 мес. В настоящее время получает смесь «Детолакт», соки. Масса тела при осмотре: 3800 г, длина 51 см. Кожа бледная подкожно-жировой слой развит недостаточно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких выслушиваются влажные хрипы и необильная крепитация. Частота дыхания 52 в 1 минуту. Со стороны сердечно-сосудистой

системы патологических изменений не выявлено. Печень увеличена на 3 см, селезенка на 1 см. Анализ крови: эр. – $3,0 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 87 г/л; д - $11 \cdot 10^9/л$; цветной показатель – 0.75; П-8%; С – 20%; лимф. – 64%; мон. – 8%; ретикулоциты – 17%, СОЭ – 7мм/ч. Поставьте диагноз: + острая двухсторонняя очаговая пневмония ДН₀. Гипохромная анемия средней степени тяжести, гиперрегинаторная.

- острая двухсторонняя очаговая пневмония ДН II. Гипохромная анемия тяжелой степени смешанного генеза.

- острая двухсторонняя очаговая пневмония ДН₀. Гипохромная анемия легкой степени смешанного генеза.

- острая двухсторонняя очаговая пневмония ДН III. Гипохромная анемия тяжелой степени смешанного генеза.

91. Ребёнок 1 год. Болен 5 дней. Жалобы на повышение температуры тела до $37,7^{\circ}C$, выделения из носа, чихание, сухой кашель. Аппетит снижен. Спит беспокойно. В анамнезе: Врачом поликлиники проводилось симптоматическое лечение острого респираторного заболевания. На 6-й день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до $38,5^{\circ}C$, кашель стал частым, влажным, ребёнок вялый, отказывается от еды, дважды была рвота. Объективно: При осмотре состояние тяжелое: частота дыханий 52 в 1 мин, ЧСС 140 в 1 мин., дышит часто, поверхностно, с покачиванием головой и участием крыльев носа в акте дыхания, одышка смешанного характера. Кожа бледная, периоральный цианоз. Зев ярко гиперемирован, слизистые выделения из носа, конъюнктивит. Мененгиальные симптомы отрицательные. Над легкими укорочение перкуторного звука ниже угла лопаток с обеих сторон. Дыхание жесткое, ослаблено под углами лопаток, там же выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, на вдохе крепитации, не исчезающие после кашля. Тоны сердца приглушены, ритмичные, учащены. Границы сердца соответствуют возрасту. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Пальпируется край селезенки. Поставьте диагноз.

- Острая внутрибольничная 2-х сторонняя очаговая пневмония, тяжелое течение, ДН_I. Токсическая энцефалопатия (кома, генерализованные судороги).

- Острая внутрибольничная 2-х сторонняя пневмония, среднетяжелое течение, ДН_I.

+ Острая внебольничная 2-х сторонняя очаговая пневмония, тяжелое течение, ДН II.

- Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, среднетяжелое течение, ДН₀.

92. Ребёнок 3 лет. Жалобы: на кашель, одышку, повышение температуры тела до $39^{\circ}C$. В анамнезе: болеет острым респираторно-вирусным заболеванием в среднетяжелой форме. На 5-й день болезни наступило ухудшение: температура тела повысилась до $39^{\circ}C$, кашель стал частым и влажным. Появились слабость и потливость, боли в правой половине грудной клетки, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, носогубный треугольник с сероватым оттенком, в дыхании участвуют крылья носа. Пульс – 159 уд/мин, ритмичный. Частота дыхания – 44 в 1 минуту. При перкуссии легочный звук с укорочением под углом правой лопатки, там же – ослабленное жесткое дыхание, постоянные мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитации. Слева перкуторно коробочный оттенок легочного звука на всем протяжении, выслушивается жесткое дыхание. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет, границы сердца соответствуют возрасту. Живот мягкий, слабо болезненный в правом подреберье при глубокой пальпации. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена, стул и диурез без патологии.

- Острая внутрибольничная очаговая правосторонняя н/долевая пневмония, средней степени тяжести. ДН II.

- Острая внебольничная очаговая двухсторонняя пневмония, средней степени тяжести. ДН₀.

+ Острая внебольничная очаговая правосторонняя н/долевая пневмония, средней степени тяжести. ДН I.

г) Острая внебольничная очаговая правосторонняя н/долевая пневмония, тяжелой степени тяжести. ДН II

93. У ребёнка 5 мес. на фоне ОРВИ отмечено резкое ухудшение в состоянии, беспокойство, повышение температуры до 39⁰С, повторная рвота, пульсация большого родничка, сухой кашель, аускультативно дыхание жесткое, локально вслушивается крепитация. Поставьте предположительный диагноз:

- менингококкемия
- + пневмония
- острая кишечная инфекция
- аффективно-респираторные судороги

94. Ребёнок 1 года поступил в стационар с выраженным токсикозом, одышкой, температурой 38⁰С. При перкуссии определяется укорочение перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки- стойкие мелкопузырчатые хрипы.

Поставьте предположительный диагноз:

- бронхиолит
- альвеолит
- + пневмония
- бронхиальная астма, приступ
- обструктивный бронхит

95. Ребёнок 1 года поступил в стационар с выраженным токсикозом, одышкой, температурой 38⁰С. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые хрипы.

- бронхиолит
- альвеолит
- + пневмония
- бронхиальная астма, приступ
- обструктивный бронхит

Тема: Неонатология

Подтема: Актуальные вопросы неонатологии.

96. Синдром Дауна является результатом воздействия факторов:

- химических
- радиационных
- + хромосомной абберрации
- эндокринных нарушений

97. При оценке состояния новорожденного по шкале Апгар учитываются следующие признаки:

- окраска кожи
- тонус мышц
- дыхание
- сердцебиение
- + все перечисленное

98. Состав молозива по сравнению со зрелым женским молоком:

- + белка больше
- углеводов больше
- жира больше
- энергетическая ценность больше

99. В женском молоке по сравнению с коровьим:

- + количество белков ниже
- количество белков выше
- преобладают крупнодисперсные белки
- уровень аминокислот ниже

100. Физиологическая потеря массы тела у новорожденного составляет:

- + 5 – 8%
- 10 – 12%
- < 12 %

Разработчик:



Кравцова Алина Геннадьевна
к.м.н., доцент

Реферат

Темы для самостоятельных работ:

1. Периоды детского возраста.
2. Группы здоровья. Диспансеризация.
3. Стигмы дисэмбриогенеза.
4. Пограничные состояния новорожденных.
5. Асфиксия новорожденных.
6. Гемолитическая болезнь новорожденных.
7. Геморрагическая болезнь новорожденных.
8. Гиповитаминозы у детей.
9. Конституция и реактивность детского организма.
10. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Судорожный синдром.
11. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Гипертермический синдром.
12. Питание больного ребенка.
13. Качественная коррекция питания.
14. Лечебные смеси.
15. Спазмофилия.
16. Гипервитаминоз Д.

Составитель



М.А. Мельникова

«_16_» _____ 09 _____ 2021г.

Презентации

Темы для самостоятельных работ:

1. Периоды детского возраста.
2. Группы здоровья. Диспансеризация.
3. Стигмы дисэмбриогенеза.
4. Пограничные состояния новорожденных.
5. Асфиксия новорожденных.
6. Гемолитическая болезнь новорожденных.
7. Геморрагическая болезнь новорожденных.
8. Гиповитаминозы у детей.
9. Конституция и реактивность детского организма.
10. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Судорожный синдром.
11. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Гипертермический синдром.
12. Питание больного ребенка.
13. Качественная коррекция питания.
14. Лечебные смеси.
15. Спазмофилия.
16. Гипервитаминоз Д.

Составитель



М.А. Мельникова

«_16_» _____09_____2021г.

Комплект заданий для контрольной работы

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней. Семиотика нарушений.

Контрольная работа № 1

1. Периоды детского возраста.
2. Физическое развитие детей. Закономерности процесса роста.
3. Факторы, влияющие на рост и развитие ребёнка.
4. Методы оценки физического развития. Методика антропометрических исследований.
5. Формулы для расчета средних величин у детей до года
6. Формулы для расчета средних величин для детей старше года (2-16 лет)
7. Параметрический способ и непараметрический способ по центильным таблицам.
8. Нервно-психическое развитие детей 1 года жизни
9. Нервно-психическое развитие детей старше года.
10. Семиотика основных нарушений кожи.
11. Семиотика основных нарушений подкожно-жировой клетчатки.
12. Семиотика основных нарушений лимфатических узлов.
13. Семиотика основных нарушений костно-мышечной системы.
14. Семиотика основных нарушений органов дыхания.
15. Семиотика основных нарушений системы кровообращения.
16. Семиотика основных нарушений органов пищеварения.
17. Семиотика основных нарушений мочевыделительной системы.
18. Актуальные проблемы неонатологии. Основные понятия и термины в неонатологии.
19. Пограничные состояния новорожденных.
20. Асфиксия новорожденных. Этиология. Клиника. Неотложная терапия.
21. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника. Лечение. Профилактика.
22. Геморрагическая болезнь новорожденных. Клиника. Лечение. Профилактика.
23. Гиповитаминозы у детей. Клиника. Лечение. Профилактика.
24. Конституция и реактивность детского организма.
25. Биологический возраст. Оценка полового развития.
26. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Судорожный синдром.
27. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Гипертермический синдром.

Раздел 2. Основы рационального вскармливания. Дистрофии.

Контрольная работа № 2

1. Естественное (грудное) вскармливание. Характеристика женского молока.
2. Принципы оптимального грудного вскармливания. Преимущества грудного вскармливания.
3. «Золотой стандарт» вскармливания. Противопоказания к грудному вскармливанию.
4. Методы расчета суточного объема и режима питания.
5. Введение прикорма при естественном вскармливании. Организация прикорма.
6. Основные рекомендации по введению прикорма. Правила введения прикормов.
7. Смешанное и искусственное вскармливание.
8. Введение прикорма при искусственном вскармливании. Правила введения прикорма.
9. Гипогалактия. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика
10. Общие и лечебные диеты для детей.
11. Питание детей от года до трех лет.
12. Питание детей дошкольного и школьного возраста.
13. Питание больного ребенка.
14. Качественная коррекция питания.
15. Гипотрофия. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.
16. Гипостатура. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.

17. Паратрофия. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.

Раздел 3. Частные вопросы педиатрии. Фоновые состояния у детей.

Контрольная работа № 3

1. Рахит. Клиника, этиология, патогенез, классификация.
2. Рахит. Лечение, профилактика.
3. Спазмофилия. Клиника, этиология, патогенез, классификация.
4. Спазмофилия. Лечение, профилактика.
5. Гипервитаминоз Д. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика.
6. Анемии. Клиника, этиология, патогенез, классификация.
7. Анемии. Лечение, профилактика.
8. Аномалии конституции. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика.
9. Понятие токсикоз, эксикоз. Классификация.
10. Острые расстройства пищеварения. Клиника, этиология. Патогенез. Лечение.
11. Хронические расстройства питания. Этиология, классификация, клиника.
12. Хронические расстройства питания. Лечение.
13. Иммунопрофилактика. Календарь профилактических прививок. Приказ МЗ ПМР.

Составитель



М.А. Мельникова

« 16 » _____ 09 _____ 2021г.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

для студентов 4 курса по дисциплине «Педиатрия»

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ: сведения берутся из клинической истории болезни.

- 1). Фамилия, имя, отчество больного /имя, принятое в семье/.
- 2). Возраст /год, месяц, день рождения/.
- 3). Дата поступления в клинику.
- 4). Занятие родителей.
- 5). Посещает школу, детский сад, находится дома.
- 6). Адрес, телефон.
- 7). Диагноз направившего учреждения.
- 8). Диагноз приемного отделения (предварительный)
- 7). Клинический диагноз:
 - а) основной
 - б) осложнения
 - в) сопутствующие заболевания.

2. ЖАЛОБЫ

1. Жалобы при поступлении в клинику /из истории болезни/
2. Жалобы на день курации /выясняется при разговоре с родителями или больным ребёнком/ Жалобы должны быть сформулированы кратко /перечислены/.

3. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

Сведения для этого раздела составляются из следующих документов, имеющихся в клинической истории болезни: если больной переведён из другого лечебного учреждения: выписки из амбулаторной карты: записи дежурного врача при поступлении и сведений, полученных лечащим врачом или куратором от родителей.

Антепартальный период /факторы риска/

Состояния здоровья матери во время беременности. Токсикозы в I и II половинах беременности, их проявления, кровяное давление, изменения в анализах мочи. Заболевания беременной, их лечение. Условия жизни, труда, питание во время беременности.

Роды - число, год. Их характеристика /нормальные, кесарево сечение, вакуум-экстракция, щипцы и др/. Продолжительность I и II периодов, осложнения в родах, время отхождения околоплодных вод, предлежание.

Характеристика новорожденного.

Доношен или нет /указать срок беременности к началу родов/.

Оценка по шкале АПГАР. Масса тела, окружность головы, окружность груди, длина тела при рождении. Крик /слабый, громкий/. Асфиксия. На который день отпала пуповина, заживление пупочной ранки. Не было ли сыпи, опрелостей. Желтуха новорожденных, сроки появления, выраженность, как долго держалась. Первое прикладывание к груди, когда, активно ли сосал.

Вскармливание.

Время отнятия от груди, соблюдался ли режим кормления или свободное кормление. Смешанное или искусственное вскармливание, причина его, с какого возраста. Какие заменители женского молока использовались? В каком количестве?

ПРИКОРМ: с какого возраста? Чем? Витамины /соки/, в каком возрасте, какие, систематически или нет?

Профилактика или лечение рахита /витамины, Д₂, Д₃, доза, рыбий жир, УФО/.

Перевод на общий стол. Когда?

Характеристика питания в данный момент. Аппетит: всегда ли хороший /удовлетворительный, снижен/.

Стул: всегда ли нормальный /устойчивый, нет/ стул в настоящее время.

Показатели развития ребёнка.

Масса тела в период новорожденности. Когда удвоил массу в сравнении с массой при рождении? Масса тела к одному году и позже. Появление первых зубов. Сколько зубов было к одному году? С какого месяца держит голову, переворачивается со спины на живот, сидит, ходит? С какого возраста улыбается, гулит фиксирует глазами яркие предметы, хватает игрушки, говорит отдельные слова, фразы?

В старшем возрасте – поведение в семье, в коллективе, когда начал посещать школу, успеваемость в школе.

Перенесенные заболевания

Во все периоды жизни: новорожденности, до 1-го года и старше.

Упомянуты все перенесенные заболевания с указанием возраста: диагноз, краткая характеристика перенесенных заболеваний /тяжесть, длительность течения осложнения. Ставился ли диагноз атопического дерматита, рахит, анемия.

Аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные препараты и другие средства. Отмечались ли сыпи с приёмом антибиотиков, лекарств, цитрусовых, шоколада и т.д.

Профилактические прививки.

/БЦЖ, АКДС, против полиомиелита, кори, гепатита, эпид. паротита.

Необходимо указать точный срок произведенной прививки и ответную реакцию на прививку.

Реакция Манту, когда делали, результат.

Биологический возраст отца и матери.

Состояние здоровья родителей: наличие хронических инфекционных заболеваний /туберкулёз, сифилис/, хронических интоксикаций /профессиональные, бытовые/: аллергических и эндокринных заболеваний, ревматизма и др.

Число беременностей матери 1, 2, 3, и т.д., чем закончилась каждая /аборт, выкидыш, недоношенность, нормальные роды/, возраст и состояние здоровья от каждой беременности.

Генеалогический анамнез: родословная семьи, наследственные заболевания матери, отца, ближайших родственников трех поколений (бабушки, дедушки, дяди, тети – как со стороны отца, так и матери), если умерли, в каком возрасте, указать причину смерти.

Социальный анамнез: - полнота семьи, образование родителей, род занятий, психологическая установка семьи, вредные привычки.

Бытовые условия и уход.

Материально-бытовые условия семьи. Общий заработок семьи, число членов семьи, сколько из них детей. Жилищные условия: дом, квартира, комната. Характеристика квартиры: светлая, темная, теплая, холодная, сырая, проветривание.

Кто ухаживает за ребёнком /мать, бабушка, няня/. Посещение детского коллектива /ясли, детский сад, школа/ имеет ли отдельную кровать, купание регулярное или нет, чистота. Прогулка, их длительность. Режим дня, длительность сна /дневного, ночного/.

4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

/из имеющейся в истории болезни документации/

Контакты с инфекционными больными за последние три недели, включая грипп, острое респираторное заболевание. Наличие больных в окружении ребёнка /родственники, соседи дома, в яслях, саду, школе и других коллективах/.

5. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДО НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Этот раздел является обобщением анамнеза жизни ребёнка и характеризует индивидуальность пациента, тот фон, на котором развилось настоящее заболевание.

6. НАЧАЛО И ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Необходимо отметить день, месяц, год начала болезни. Затем описать развитие заболеваний так, чтобы в нем отразились первые симптомы, последовательность появлений этих симптомов по этапам /дням/ болезни, интенсивность каждого симптома в отдельные этапы болезни. Появились ли новые симптомы в последующие дни, недели, месяцы, годы. Какова их динамика. Наблюдался ли ребёнок врачами. Когда?

Предположительные диагнозы за время болезни. Какое проводилось лечение за время болезни, в какие сроки? Какие лабораторные исследования сделаны за время болезни, их результат.

Развитие болезни за время пребывания в клинике до начала курации /типа краткого эпикриза/.

Для написания этого раздела студенту необходимо просмотреть в клинической истории запись врача приемного отделения, статус при поступлении в больницу, дневники, температурные листы, отметки сестры об аппетите, рвоте, характере стула, мочи и других проявлений заболевания до момента курации.

ПОМНИТЕ: Между жалобами, зафиксированными в истории болезни /перед началом анамнеза/, и патологическими проявлениями, отмеченными в истории настоящего заболевания, должна быть взаимосвязь. В истории настоящего заболевания каждая жалоба должна найти своё отражение: когда появилась, её динамика и т.д.

Посмотрев больного, необходимо ещё раз вернуться к истории настоящего заболевания, проследить – все ли патологические проявления, обнаруженные при осмотре, нашли отражение в жалобах и в истории заболевания. При необходимости опросить родителей ребёнка, запросить дополнительную документацию из тех медицинских учреждений, которые наблюдали за ребёнком прежде.

Заключение по анамнезу: поражение какой системы можно предположить, острое или обострение хронического заболевания. Какие факторы могли способствовать развитию настоящего заболевания или отягощать его.

7. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ.

Каждый раздел озаглавляется и даётся описание имеющихся изменений без употребления терминов диагностического характера. Например, не следует писать «на коже потница», «скарлатинозная сыпь» или при описании костной системы: «имеются рахитические изменения» и т.д., применяется методика исследования и описания соответственно возрасту.

Общее состояние ребёнка /удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, и очень тяжелое/. При этом необходимо описать, в чем, главным образом, выражается тяжесть состояния. Например, состояние тяжелое – ребёнок лихорадит, возбужден, бледен, отказывается от еды и питья и т.д.

Нервная система. Сознание, реакция на окружающее. Характеристика поведения ребёнка – настроение, раздражительность, возбуждение, вялость, замкнутость, общительность, сонливость, бессонница, положение тела, соответствие психическому развитию возрасту. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов, / в соответствии со схемой, принятой в клинике нервных болезней/ . Состояние кожных рефлексов - /брюшных, кремаштерных/ и сухожильных /колонных, ахилловых/. Наличие менингеальных симптомов: ригидность затылочных мышц, с Кернинга, с Брудзинского и др., симптомов натяжения, болей по ходу нервных стволов. Координационные пробы: пальценосовая, пяточно-коленная, поза Ремберга. Походка. Дермографизм, характер его: белый, красный, смешанный: время появления, стойкость. Потливость.

При обследовании детей первых недель жизни отметить следующее:

1). Двигательную активность - / вялость, беспокойство, атетозоподобные движения, судороги).

2). Характер крика /громкий слабый, пронзительный/

3). Наличие и степень выраженности безусловных рефлексов - /сосательный, ладонно-ротовой, хоботковый, хватательный, защитный, Галанта, ползания, опоры, автоматической ходьбы /:

4). Состояние мышечного тонуса /гипертония, гипотония, дистония/:

5). Наличие патологических знаков /симптом Грефе, вертикальный нистагм, глубокое сходящее косоглазие, симптом «заходящего солнца», разница в ширине глазных щелей, сглаженность носогубной складки, размахистый тремор, клонус стоп/.

Внешний осмотр глаз /отделяемое, гиперемия, конъюнктив, инъекция сосудов склер, боли при движении глазных яблок, светобоязнь, отечность век, слезотечение и др.

Внешний осмотр ушей /отделяемое, гиперемия кожи наружного слухового прохода, болезненно или безболезненно надавливание на ухо/

Физическое развитие:

Масса, длина тела, окружность груди, головы. Оценка по центильному методу.

Заключение: о соответствии массы тела по длине (нормальное, с дефицитом или избытком массы тела, какой степени). Гармоничность развития (гармоничное, дисгармоничное, резко дисгармоничное). Определение соматотипа по Дорохову и Бахраху (мезо-, и микро-, макросоматотип).

Кожа. Цвет, пушковые волосы, опрелость, влажность, сухость, эластичность, рубцы, сыпь, пигментация и депигментация, кровоизлияния /точечные, крупные, синяки/ и т.п. При описании любой сыпи необходимо указать характер элемента /пятно, папула, везикула, волдырь, кровянистая корочка, пастуха и т.д./: преимущественный размер элементов, очертания и цвет их, преимущественную локализацию /на сгибательной поверхности, на разгибательной поверхности и т.д./: слияние или разобщенность элементов: исчезновение или сохранение их при надавливании или растягивании кожи:

фон кожи /не изменен, гиперемирован/, шелушение /отрубевидное, крупнопластинчатое, преимущественная локализация/.

Волосы, пальцы и ногти. Волосы /тусклые, блестящие, ломкие, сухие и т.д./ Цианоз кончиков пальцев, форма концевых фаланг, развитие ногтей, их форма /, например, пальцы в виде «барабанных палочек» или ногтей в виде «часовых стекол» и т.д./, ломкость ногтей, их исчерченность, состояние ногтевого ложа.

Подкожно-жировая клетчатка. Состояние питания, развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности, тургор тканей.

Лимфатические узлы. Группа лимфоузлов, доступные пальпации: тонзиллярные, подчелюстные, задне-шейные, затылочные, подмышечные, паховые, кубитальные, торакальные. Отмечается их количество /единичные, множественные/, величина /в см./, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, рубцы. При описании шейной группы лимфоузлов отмечают возможную деформацию шеи в связи с лимфаденитом, отеком шейной клетчатки или другие изменения /увеличение слюнных желез, щитовидной железы и т.д./ Необходимо проверить симптомы «зыбления», «утолщения складки» «выскальзывания».

Мышцы. Степень развития, тонус /нормальный, повышенный, пониженный, болезненность при ощупывании, возможное уплотнение, болезненность при активных и пассивных движениях, сила мышцы и другие симптомы.

Костная система. Форма головы, состояние швов, родничков /размер большого родничка, выбухание и западение, плотность или податливость краев/, размягчение /краниотабес/ и деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании, при поколачивании. Состояние позвоночника /болезненность, подвижность, искривления и т.д./.

Форма грудной клетки, деформация, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, западение или выпячивание над- и подключичных ямок, разница в глубине и ширине их, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол. Гаррисонова борозда.

Утолщение ребер на границе костной и хрящевой части.

Система дыхания. Носовое дыхание- /сохранено, нет/: тип дыхания -/грудной, брюшной, смешанный/. Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки: одышка /инспираторная, экспираторная, смешанная/.

Пальпация: податливость грудной клетки, болезненность, её локализация, межреберные промежутки /расширены, сужены/, ощущение трения плевры: голосовое дрожание.

Перкуссия: сравнительная - изменение перкуторного звука, локализация, топографическая – границы легких, подвижность легочных краев. Перкуссия по позвоночнику /с. Кораньи/.

Аускультация. Характер дыхания / пуэрильное, везикулярное, бронхиальное и т.п./ хрипы сухие, влажные /мелко-, средне-, крупнопузырчатые/, звучные, незвучные, крепитация звучная, незвучная, крепитация только на высоте вдоха после покашливания: шум трения плевры, его локализация, характер: бронхофония /с. Д. Эспина/.

Система кровообращения. Осмотр сердечной области: выпячивание, пульсация области сердца, эпигастрия, сердечный и верхушечный толчок.

Пальпация: верхушечный толчок, локализация, ширина, высота, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье», его отношение к фазам сердечной деятельности /систолическое, диастолическое/.

Перкуссия: границы относительной сердечной тупости.

Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты: Раздвоения, шумы, их характер- /продолжительность, тембр, интенсивность/, отношение к фазам сердечной деятельности- / систолический, диастолический/, локализация, наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость, шум трения перикарда, его характер /нежный, грубый, продолжительность, локализация/.

Пульсация сосудов шеи, височных, артерий конечностей, в надчревной области.

Пульс лучевой артерии: частота, ритмичность /ритмичный, аритмичный, какая аритмия/, величина /средний, большой или высокий, малый нитевидный, одинаковый или разный на обеих руках/, напряжение /твердый, мягкий, среднего напряжения/, форма и характер /нормальный, скорый, медленный, дикротический/, синхронность на обеих руках.

Аускультация сосудов: артерий /сонных, бедренных, плечевых/, шейных вен. Артериальное давление.

Система пищеварения и органы брюшной полости.

Губы: цвет, влажность, высыпания, изъязвления, трещины.

Рот: /осматривается в последнюю очередь/. Цвет слизистых оболочек, кровоизлияния, язвочки, энантема, влажность, пятна Филатова, гиперемия области слюнного протока и другие изменения.

Для детей раннего возраста: кратность кормления, сколько высасывает из груди или бутылочки. Срыгивания, рвота.

Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок /географический язык/, налёт, состояние сосочков /гипертрофия, атрофия, «малиновый язык», лакированный язык/, трещины, язвы, отпечатки зубов, дрожание высунутого языка, отклонение его в сторону.

Зубы: молочные, постоянные, их число, состояние. Формула.

Глотка: цвет слизистой оболочки, состояние миндалин /гипертрофия, отек, степень увеличения/, состояние дужек, язычка, налёты /форма – островчатые, сплошные, плотные, рыхлые, гнойвидные и т.д., величина, локализация, цвет налётов, снимаются ли штапелем/

Задняя стенка: зернистость, гиперемия, наличие слизи, гноя и т.д. Характеристика состояния слюнных желез /околоушных, подчелюстных, подъязычных/. Их увеличение, болезненность, припухлость, изменение кожи в области желёз, боли при жевании, открывании рта и т.д.

Живот: форма, симметричность, вздутие, выпячивание, западение, видимая пульсация, расширение вен стенки живота, участие живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика.

Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, её локализация, напряжение стенки живота, флюктуация.

Пальпация поверхностная /ориентировочная/: степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение /мышечная защита/, болезненность, её локализация, уплотнения.

Специальная пальпация: состояние прямых мышц живота /расхождение/ паховых колец, пупка.

Пальпация глубокая: желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, инфильтраты, плотные конгломераты.

Аускультация: перистальтика кишечника.

Печень и желчный пузырь: осмотр, видимое увеличение печени.

Перкуссия: границы печени – верхняя, нижняя, болезненность при перкуссии и поколачивании. Определение размеров по Курлову.

Пальпация специальная: край /острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фестончатый/, консистенция, поверхность /ровная, гладкая, зернистая, бугристая/ болезненность. При наличии асцита – баллотирующая пальпация, перкуссия.

Характер стула: количество, кратность, консистенция /жидкая, кашицеобразная, «овечий»/. Цвет: примесь крови, зелени, слизи, стул по виду «ректальный плевок», «болотная тина» и «лягушачья икра», «рисовый отвар» и т.д.

Селезёнка: видимое увеличение, верхняя и нижняя границы, перкуторные размеры при перкуссии в положении на спине и на правом боку, величина, консистенция, характеристика края /острый, тупой/, поверхность /гладкая, бугристая, зернистая/, болезненность, подвижность при дыхании.

Мочевыделительная и половая системы: выпячивание над лобком, в области почек, болезненность при поколачивании над лобком, симптом Пастернацкого.

Описать половые органы, фенотип развития и выявленные отклонения.

Пальпация почек глубокая в положении на спине, на боку, в вертикальном положении: увеличение, смещение почки, подвижность, консистенция, поверхность /гладкая, бугристая/, болезненность. Мочеиспускание учащено, задержано, болезненно. Цвет мочи: соломенно-желтый, цвета пива, мясных помоев и др. Порции малые, обильные.

Эндокринная система: Состояние щитовидной железы /величина долек и перешейка/. Нарушение роста /гигантизм, карликовость и массы тела/, истощения, ожирения, распределение подкожного жирового слоя. Половые органы. Вторичные половые признаки по схеме /соответствуют или нет возрасту ребёнка/.

8. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

Основное заболевание.

Сопутствующие заболевания

Осложнения.

Предварительный диагноз кратко основывается на данных анамнеза, истории развития настоящего заболевания, эпидемиологического анамнеза и объективного исследования с учетом сроков болезни и основных симптомов.

9. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Для подтверждения предварительного диагноза составляется план проведения лабораторных и инструментальных исследований с их обоснованием.

10. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

(и других специальных исследований.)

Результаты исследований переписываются из клинической истории болезни в хронологическом порядке с обозначением даты исследования. Рядом проставляются данные, характеризующие возрастную норму / формула периферической крови, биохимические показатели и др./.

Приведенные результаты анализов должны иметь оценку с точки зрения возрастной нормы. В конце представляются заключение по всем дополнительным методам исследования,

где подчеркиваются патологические отклонения, которые должны учитываться при постановке окончательного клинического диагноза.

11. ДНЕВНИК.

(Примерная форма дневника) – 3 дневника.

Дата.	День болезни.	Назначения
ТО	В тексте описываются изменения на коже, слизистых оболочках. Динамика изменения по органам. Особое внимание уделяется динамике патологических симптомов, отмеченных в /изменения сыпи, появления шелушения изменения лимфоузлов и других симптомов, имеющих значение в постановке окончательного диагноза/.	1. Режим
П		2. Диета,
Д		схема
АД		кормления ребёнка и т.д.

Для грудных детей особое внимание обращается на функцию желудочно - кишечного тракта /аппетит, срыгивания, рвота, частота стула, сколько и какой пищи съел ребёнок/, как сосет грудь. Состояние большого родничка и т.д.

ПРИМЕЧАНИЕ: В конце дневника фиксируются основные назначения и манипуляции, полученные в этот день /антибиотики, переливание крови, плазмы, введение внутривенно глюкозы, внутримышечно витаминов и т.д./.

12. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.

Логическая схема доказательства диагноза может быть следующей:

- 1). Жалобы:
- 2). Данные истории развития настоящего заболевания:
- 3). Объективные данные:
- 4). Динамика патологических симптомов за время наблюдения:
- 5). Результаты лабораторных и других дополнительных методов исследования:
- 6). Эпидемиологический анамнез:

Специально обсуждается форма заболевания /типичная, атипичная/, степень тяжести заболевания, период болезни /, например, период катаральный, период сыпи и т.д./.

При наличии сопутствующих заболеваний необходимо дать краткое обоснование каждому из них. Имеющиеся осложнения обосновываются отдельно, сопоставляются со сроками основного заболевания /ранние и поздние осложнения/.

В конце раздела даётся точная формулировка диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.

13. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Дифференциальный диагноз предусматривает сравнительный анализ имеющихся у ребёнка признаков с клиническими проявлениями ряда сходных /обоснованных в групповом диагнозе/ заболеваний с целью установления диагноза основного, главного заболевания.

Примерный план дифференциально-диагностических рассуждений схематично может быть представлен следующим образом:

- а). что даёт основание думать у курируемого о данном заболевании:
- б). какие клинические признаки у курируемого больного не соответствуют проявлениям предположительного заболевания:
- в). какие признаки, характерные для предполагаемого заболевания, отсутствуют у курируемого больного.

Раздел дифференциального диагноза целесообразно начинать с дифференциации с менее вероятными заболеваниями, исключение которых составляет меньшие трудности, с последующим анализом более вероятных заболеваний.

С целью дифференциации должны быть использованы данные расспроса, объективного исследования, и дополнительных методов /лабораторных и инструментальных/.

В разделе «Дифференциальный диагноз» целесообразно установить основной диагноз болезни. Отдельные же элементы его /, например, активность процесса, тяжесть и течение процесса и пр./ должны быть обоснованы в разделе «Окончательный диагноз».

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний также может возникнуть в их дифференциации, как в отношении основного заболевания. Однако в студенческой истории болезни диагноз сопутствующего заболевания и осложнения может быть выставлен без дифференциации, после четкого его обоснования.

14. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

(основного заболевания и его осложнений.)

В этом разделе на основании данных литературы, анамнеза больного, объективных данных представить патогенез развития заболевания и его осложнений, раскрыть патогенез основных симптомов болезни и осложнений у этого больного.

15. ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ.

В первую очередь необходимо обосновать принципы терапии основного заболевания с учетом знаний литературы: затем следует представить схему лечения и обосновать её в соответствии с состоянием курируемого больного, периодом болезни, возрастом, ранее проведенным лечением, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний. При этом выделяются главные лечебные меры, требующие немедленного применения /, например, антитоксическая сыворотка при дифтерии, инфузионная терапия при кишечном токсикозе и т.д./.

Последовательно освещаются все методы лечения в порядке убывающей значимости.

Диета больного описывается подробно, указываются режим кормления и состав пищи.

Определяется также режим ребёнка /постельный, строгий покой и т.д./

Медикаментозное лечение, кроме обоснования, требует указания точной методики применения и дозировки с расчетом на возрастные нормы. Назначение гормональных препаратов, антибиотиков должны иметь указание о длительности их применения в данном конкретном случае.

16. ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сначала освещаются принципы профилактики основного заболевания. Затем сведения литературы сопоставляются с конкретными условиями жизни больного, сопутствующими заболеваниями и осложнениями и представляется план профилактических мер в данном случае с учетом свойств возбудителя /если он известен/.

ПРОГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

(и рекомендации для родителей.)

В этом разделе необходимо выделить прогноз основного заболевания, руководствуясь сведениями литературы, а затем представить прогноз и дать рекомендации по дальнейшему ведению больного в зависимости от тяжести заболевания в данном случае, стадии болезни, сопутствующих заболеваний и осложнений. Обосновать сроки выписки из стационара, возможность посещения детского коллектива, необходимость соблюдения диеты, ограничения физической нагрузки, отмены проведения профилактических прививок и т.д.

18. ЭПИКРИЗ.

Кратко излагается содержание истории болезни с указанием этапов развития болезни,

Состояния болезни, обоснования диагноза, применяемого лечения и рекомендаций по дальнейшему ведению больного.

19.ЛИТЕРАТУРА.

В конце работы представляется список литературы, использованной куратором при написании истории болезни /автор, название работы, год издания, стр./.

Дата _____

Подпись куратора _____

Примерные варианты учебных историй болезни.

Приднестровский Государственный Университет
Медицинский факультет
Кафедра педиатрии и неонатологии

История болезни №...

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____
Место рождения _____
Возраст _____

Анамнез жизни

От второй беременности, с токсикозом I половины беременности. Роды вторые, в срок, без осложнений. Рост при рождении 46 см, вес 2720 гр. Период новорожденности без особенностей. Естественное вскармливание до 3 месяцев. На первом году жизни не болела.

В последующем – острая пневмония (1г), осложненная отитом, ОРЗ часто (до 6-8 раз в год), перелом голени (2г), перелом лучевой кости (3).

Детскими инфекциями не болела. Контакт с туберкулезным больным отрицает.

Детский сад не посещает.

Наследственность: отец и старшая сестра больной низкорослые с грубыми деформациями нижних конечностей. Дед по линии отца страдал каким-то заболеванием почек, умер от уремии в возрасте 38 лет.

Жалобы при поступлении. Жалобы на боли в животе, постоянную жажду. Периодически тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Беспокоят запоры (стул 1 раз в 3-4 дня).

Анамнез болезни

Со второго полугодия жизни плохие прибавки длины и массы тела. Девочка росла малоподвижной, с преобладанием отрицательных эмоций. С 1 года (после перенесённой пневмонии) стали более выраженными рахитические изменения («большой» живот, развёрнутая аппертура грудной клетки, варусная деформация ног). Получала лечебные дозы витамина Д (без существенного эффекта). После лабораторного обследования (Hb 84 г/а) госпитализирована в гематологическую клинику с диагнозом анемия ср.ст.т. Проведено лечение, после которого цифры Hb на уровне 100-110 г/а, отмечены изменения в общем анализе мочи (щёлочная, 1009, белок 0,099 г/л, лейкоциты 12-14 п/зр). С 4,5 лет чаще стали беспокоить боли в ногах, спине, мышечные боли, особенно после нагрузки. Быстрая утомляемость. Отмечены беспричинные подъёмы температуры. Госпитализирована в общесоматическое отделение. В клинике отмечены адинамия, отставание в физическом развитии, полидипсия и полиурия (суточный диурез около 2000 мл). А/Д 90/50. При этом значимого нарушения самочувствия не отмечалось. От дальнейшего обследования и лечения родители отказались и увезли девочку в деревню, где она и провела 1,5 года. В настоящее время госпитализирована в связи с болями в животе, ноющего характера, без отчётливой связи с приёмом пищи.

Объективное исследование. Состояние тяжёлое. Девочка бледная, на туловище, на руках и ногах практически отсутствует подкожно-жировой слой. Кожные покровы сухие, с

иктеричным оттенком, следами расчёсов. Запах мочевины. Голова с выраженными лобными и теменными буграми, воронкообразная грудная клетка, развёрнутая апертура грудной клетки, вальгусное искривление голеней, сандалевидная щель на стопах, девиация мизинцев рук, широкая переносица, готическое небо. Мышечный тонус симметричен, умеренно снижен. Девочка малоконтактна. Отвечает односложно, простыми предложениями, с детьми старается не играть, чаще сидит одна, интереса к играм не проявляет, апатична, преобладают негативные эмоции. АД 140/80 – 130/90 мм РТ. ст. Диурез около 1500 мл.

Антропометрия. Рост 80 см., вес 10,0 кг, окружность груди 50 см, филиппинский тест отр.

Психомоторное развитие. Девочка малоэмоциональна. Речь не развита, хотя ориентируется во времени и пространстве. На велосипеде не катается, к «маршевой» ходьбе не способна. Не может задерживать движение по команде. Предпочитает сюжетные игры. Психосексуальная идентификация. Самостоятельно одевается.

Ваш предполагаемый синдромный диагноз.

План обследования.

Обследование.

Общий анализ мочи №1		Общий анализ мочи №2	
Цвет	жёлтая	Цвет	с/жёлтая
Прозрачность	сл. мутная	Прозрачность	с/мутная
Реакция	щёлочная	Реакция	щёлочная
Оптическая плотность	1003	Оптическая плотность	1005
Белок	3,66 ^г / _л	Белок	1,16 ^г / _л
Глюкоза	следы	Глюкоза	-
Кетоновые тела	-	Кетоновые тела	-
Эпителий		Эпителий	
плоский	2-4 ^п / _{зр}	плоский	ед. ^п / _{зр}
переходной	1-2 ^п / _{зр}	переходной	1-2ед. ^п / _{зр}
цилиндрический	3-4 ^п / _{зр}	цилиндрический	ед. ^п / _{зр}
кубический	-	кубический	-
Лейкоциты	10-12 ^п / _{зр}	Лейкоциты	12-14 ^п / _{зр}
Эритроциты	0-2 ^п / _{зр}	Эритроциты	2-3 ^п / _{зр}
Цилиндры		Цилиндры	
Гиалиновые	2-4 ^п / _{зр}	Гиалиновые	2-3 ^п / _{зр}
Зернистые	-	Зернистые	-
Восковидные	-	Восковидные	-
Слизь	+	Слизь	-
Соли	Оксалаты+	Соли	-
Бактерии	-	Бактерии	-

Суточная моча на белок		Суточная моча на белок	
Диурез за сутки	1500мл	Диурез за сутки	1000мл
Поверхность тела	0,56м ²	Поверхность тела	0,56м ²
Белок	1500мл	Белок	2800мл

Биохимический анализ крови

Креатинин	0,42 ^{ммоль} / _л (до 0,1)
-----------	---

Мочевина	8,9 ^{ммоль} /л (2,0-8,3)
Общий белок	56,0 ^г /л (65-85)
альбумины	52% (53-65)
α ₁ глобулины	6% (3-6)
α ₂ глобулины	12% (6-12)
β глобулины	15% (5-17)
γ глобулины	14% (12-18)
рН	7,29(7,35-7,45)
Калий	2,6 ^{ммоль} /л (3,5-5,5)
Натрий	130 ^{ммоль} /л (135-150)
Кальций	2,9 ^{ммоль} /л (2,2-3,0)
Фосфор	0,9 ^{ммоль} /л (1,4-1,8)
Хлор	140 ^{ммоль} /л (95-110)

Клинический анализ крови

Гемоглобин	95 ^г /л
Эритроциты	2,5x10 ¹² /л
Тромбоциты	244,0x10 ⁹ /л
Лейкоциты	10,5x10 ⁹ /л
Нейтрофилы	
п/ядерные	4%
с/ядерные	36%
эозинофилы	4%
лимфоциты	48%
моноциты	8%
СОЭ	14 ^{мм} /ч

Биохимический анализ мочи

Фосфор	200 ^{ммоль} /л *24(16 - 87)
Глюкоза	730 ^{ммоль} /л*24 (90 - 732)
Лейкоциты	54,1 ^{ммоль} /л*24 (35,8-46,0)
Натрий	130 ^{ммоль} /24 (61-100)

Проба Аддиса-Каковского

Лейкоциты	1,9x10 ⁶ /л
Эритроциты	1,5x10 ⁶ /л
Цилиндры	65000/л

Проба Аддиса-Каковского

Лейкоциты	2,9x10 ⁶ /л
Эритроциты	2,1x10 ⁶ /л
Цилиндры	90 000/л

КОС. рН 7,29; BE – 5,6.

Проба Реберга. Суточный диурез 1500мл, Креатинин крови 1,2^{ммоль}/24, Клубочковая фильтрация 39,66^{мл}/минх1,73м², Реабсорбция воды 90,40%.

Осмотр окулиста. Ангиоретинопатия.

Рентгенограмма нижних конечностей. Вальгусное искривление голени. Зоны остеопороза, истончение и разрыхленность кортикоидного слоя. Бокаловидное расширение дистальных и проксимальных отделов костей голени.

УЗИ почек, мочевого пузыря. Почки уменьшены в размерах, обычной формы, положения. Неровные контуры обеих почек. Истончение паренхиматозного слоя с повышением эхогенности. Мочевой пузырь без особенностей.

К теме *рахит и рахитоподобные заболевания*.

Диагноз: Фосфатдиабет.

Составитель



М.А. Мельникова

«_16_» _____09_____2021г.

Вопросы для промежуточного контроля (зачет).

1. Понятие «физическое развитие» как клинический термин.
2. Что подразумевается под термином «онтогенез»?
3. Факторы, влияющие на рост.
4. Критерии для распознавания задержки роста и прибавки массы тела.
5. Промежутки времени для оптимальной динамической оценки длины тела на 1-м году, в возрасте 1-3 лет, старше 3-х лет.
6. Фазы роста во внутриутробном периоде.
7. Какой градиент роста является ведущим во внутриутробном периоде?
8. Клиническое значение определения массы новорождённого к сроку гестации.
9. Скорость роста в грудном периоде.
10. Скорость роста в дошкольный и школьный периоды.
11. Скорость роста в препубертатный и пубертатный периоды.
12. Клиническое значение оценки пропорциональности.
13. Основные проблемы оценки роста и развития детей.
14. Когда сказывается влияние наследственности на физическое развитие?
15. Влияние характера питания на реализацию генетических факторов роста.
16. Что понимается под термином «акселерация»?
17. Основные признаки акселерации.
18. Что скрывается под понятием «пол»?
19. Виды пола.
20. Что понимается под понятием «половая детерминация»?
21. Какая система контролирует нормальное половое созревание (гонадостат)?
22. Критерии преждевременного полового созревания у мальчиков и девочек.
23. Критерии позднего созревания у мальчиков и девочек.
24. Критерии наступления половой зрелости у девочек.
25. Критерии наступления половой зрелости у мальчиков.
26. Какие виды ложного полового созревания могут быть?
27. Каковы АФО кожи детей грудного возраста?
28. В каком возрасте начинают функционировать потовые железы у детей. О чём говорит более раннее начало потоотделения?
29. Какова толщина подкожно-жирового слоя грудного ребёнка на руках, груди, животе, бёдрах?
30. В какой последовательности у грудного ребёнка идёт исчезновение подкожно-жирового слоя при похудении (потере массы). А у детей старшего возраста?
31. Что такое петехии и с чем они связаны?
32. Что такое экхимозы и с чем связано их появление?
33. Что такое пурпура и с чем она связана?
34. Что такое склерема?
35. Что указывает на наличие пастозности тканей?
36. Какие группы периферических лимфатических узлов должны быть исследованы. Какие группы определяются у здорового ребёнка?
37. Какие характеристики пальпируемых периферических лимфатических узлов должны быть отмечены врачом?
38. Чем обусловлено выраженное расстройство дыхания у грудного ребёнка при заложенности носа (явлениях ринита)?
39. Чем обусловлены редкость носовых кровотечений и синуситов у детей раннего возраста?
40. Перечислить особенности лимфатического аппарата глотки у детей различного возраста.
41. Чем обусловлена высокая частота отитов у детей раннего возраста на фоне воспалительных явлений верхних дыхательных путей?
42. Перечислить причины склонности детей раннего возраста к стенозирующему

ларинготрахеиту.

43. Что такое «врождённый стридор»? Семиотика этого состояния.
44. Чем обусловлена возможность легкого возникновения стенотических явлений трахеи у детей грудного возраста?
45. Перечислить анатомические предпосылки для возникновения у детей раннего возраста явлений бронхообструкции.
46. С чем связаны склонность грудных детей к ателектазам? К лёгкому возникновению отека и генерализации?
47. Особенности частотных характеристик дыхания, его ритма и соотношений частоты к пульсу у детей в различные возрастные периоды (у новорождённого, в год, 5 лет, 10 лет).
48. Чем обусловлены особенности типа и характера дыхания у детей раннего возраста?
49. Семиотика основных специфических симптомов поражения дыхательной системы: (тахипноэ, диспноэ, инспираторная, экспираторная, смешанная), кашель, мокрота, насморк, цианоз, боль при дыхании.
50. Объяснить механизм возникновения болей при поражении пищеварительной системы.
51. Описать стул при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
52. Перечислите эквиваленты боли (субъективные, объективные) при поражении пищеварительной системы.
53. Описать стул при кровотечении из тонкого, толстого кишечника. Как выявить скрытое кровотечение?
54. Какие лабораторные исследования должны быть проведены при подозрении на нарушение функции поджелудочной железы?
55. Указать клинические и биохимические признаки внутриклеточного холестаза.
56. Дать патофизиологическое объяснение клиническим симптомам: изжоге, отрыжке, тошноте.
57. Указать клинические и биохимические признаки внеклеточного холестаза.
58. Дать патофизиологическое объяснение рвоте. Отличие рвоты при поражении желудочно-кишечного тракта от рвоты центрального происхождения.
59. Указать основные копрологические данные при нарушении желчеотделения.
60. Что понимается под термином «дискинезия»? Указать её виды.
61. Что такое «стеаторея»? Семиотика этого состояния.
62. Определение понятия естественное вскармливание.
63. Биохимические и биологические свойства молозива, женского молока.
64. Качественные отличия женского молока от молока других животных.
65. Ингредиентный состав молозива, женского молока на разных этапах его зрелости.
66. Особенности аминокислотного, жирового, углеводного состава женского молока.
67. Состав женского молока.
68. Первое прикладывание к груди (когда? почему?). Варианты различного времени прикладывания к груди.
69. Формулы расчёта объёма молока для новорождённых.
70. Частота кормления после периода новорождённости (до введения прикорма).
71. Предельно допустимый объём пищи до одного года.
72. Потребность ребёнка на естественном вскармливании до введения прикорма в основных пищевых ингредиентах (белки, жиры, углеводы) и калориях на 1 кг массы.
73. Обоснование энергетической (калорийной) и белковой потребности.
74. Абсолютные противопоказания к прикладыванию ребёнка к груди:
75. – в период новорождённости (со стороны матери и ребёнка)
76. – после периода новорождённости (со стороны матери и ребёнка).
77. Относительные противопоказания к кормлению грудью со стороны матери.
78. В каком возрасте назначаются просветлённые соки? Какие?
79. В каком возрасте назначаются мякотные и овощные соки?
80. Основные правила назначения соков: смешивание соков, дача их по отношению к

кормлению, быстрота введения.

81. Аллергизирующие свойства соков. Какие обладают?
82. Как назначить витамин Д?
83. Какие препараты витамина Д используются?
84. Как осуществляется коррекция по железу?
85. Дайте определение понятия «Дистрофия» и перечислите клинические типы дистрофий в детском возрасте.
86. Опишите внешние клинические признаки нарушения трофики.
87. Независимо от клинического типа дистрофии, преимущественные изменения каких систем и процессов являются общими для любой дистрофии?
88. Опишите стул ребёнка с гипотрофией, обусловленной перекормом углеводами.
89. Опишите стул ребёнка с гипотрофией при наличии в рационе избытка белка.
90. Опишите голодный стул.
91. Каков основной принцип диетотерапии дистрофий II и III степени?
92. Лекарственные средства, применяемые в педиатрии.
93. Способы введения лекарственных препаратов у детей и способы расчета вводимых препаратов.
94. Группы здоровья детей.
95. Понятие о диспансеризации.

Составитель



М.А. Мельникова

« 16 » _____ 09 _____ 2021г.