

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

Кафедра «Педиатрии, акушерства и гинекологии»

УТВЕРЖДАЮ

и.о. зав. кафедрой, доц.

Чебан О.С.

«16» 09 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине

Б1.О.29 «ПЕДИАТРИЯ»

на 2024/2025 учебный год

2025/2026 учебный год

Специальность:

3.31.05.01 «Лечебное дело»

Специализация

«Лечебное дело»

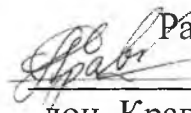
Квалификация:

«Врач-лечебник»

Форма обучения

Очная

2021 год набора

Разработал:

доц. Кравцова А.Г.

Тирасполь, 2024 г.

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

1. В результате прохождения практики у обучающихся должны быть сформированы следующие компетенции:

Категория (группа) компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикато- ра достижения профессиональной компетенции
Обязательные профессиональные компетенции выпускников и индикаторы их дос- тижения		
Пациенты, население, совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья населения	ПК-1. Способен и готов к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	ИД ПК-1.1. Знать: - основы взаимодействия организма человека и окружающей среды, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности, продления активной жизни человека, сущность первичной и вторичной профилактики; - гигиеническую характеристику различных факторов среды обитания, механизмы их воздействия на организм и диагностически значимые формы проявления этих воздействий на донозологическом уровне; - основы доказательной медицины в установлении причинно-следственных связей изменений состояния здоровья и действием факторов среды обитания; - гигиенические мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций и оптимизации условий пребывания больных в ЛПУ, основные положения законодательства ПМР по вопросам здравоохранения. ИД ПК-1.2. Уметь: -оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных и антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности человека,

		- обосновывать необходимость проведения адекватных лечебно-профилактических мероприятий по данным гигиенической характеристики условий труда и ранним изменениям в состоянии здоровья и работоспособности, а также в случае возникновения профессиональных отравлений (профессиональных заболеваний), - проводить гигиеническое воспитание и обучение населения по вопросам здорового образа жизни и личной гигиены. ИД ПК-1.3. Владеть: - принципами межсекторального сотрудничества в профилактической медицине при реализации программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний инфекционной и неинфекционной природы, - представлениями о структуре и содержательной части работы государственной системы социально-гигиенического мониторинга в рамках изучаемой дисциплины.
Пациенты, население, совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья населения.	ПК-5. Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.	ИД ПК-5.1. Знать: - основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, - принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра ИД ПК-5.2. Уметь: - применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра в своей профессиональной деятельности ИД ПК-5.3. Владеть: - навыками формулировки диаг-

		нозы у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины.
Пациенты, население, совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья населения.	ПК-8. Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	ИД ПК-8.1. Знать: - особенности медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара ИД ПК-8.2. Уметь: - диагностировать заболевания и проводит их лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, проводит отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара ИД ПК-8.3. Владеть: - алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.
Пациенты, население, совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья населения.	ПК-10. Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	ИД ПК-10.1. Знать: - общие принципы клинического обследования больного в анестезиолого-реанимационном аспекте; - клинические проявления основных патологических синдромов и неотложных состояний; - диагностические возможности лабораторных и инструментальных методов обследования больных; - основные методы интенсивной терапии больных с наиболее распространенными видами неотложных состояний различного генеза; - основы деятельности медперсонала отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

		- принципы и методы сердечно-легочной реанимации. ИД ПК-10.2. Уметь: - заполнять историю болезни стационарного больного; анестезиологическую карту; курационный лист больного отделения интенсивной терапии; протокол проведения реанимационных мероприятий; пользуется наборами для проведения реанимационных мероприятий в рамках своих функциональных обязанностей; - оценить: тяжесть состояния больного; степень нарушения сознания; наличие признаков клинической и биологической смерти; данные лабораторных и функциональных методов исследований у реанимационной категории больных; тяжесть кровопотери и степень расстройства волевого гомеостаза; - выявить терминальное состояние, требующее сердечно легочной реанимации; - проводить лекарственную терапию у реанимационных больных. ИД ПК-10.3. Владеть: - методами восстановления проходимости верхних дыхательных путей, измеряет ЦВД, проводит вентиляцию легких ручным способом; - методикой «прекардиального» удара, непрямого массажа сердца, в том числе, с применением устройства «кардиопамп»; - методикой наложения трахеостомы, интубированием трахеи на манекене; - схемами лечения при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства в рамках изучаемой дисциплины.
--	--	---

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1	Введение в педиатрию.	ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Контрольная работа № 1 в виде собеседования.
2	Патология детей раннего возраста.	ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Контрольная работа № 2 в виде собеседования.
3	Соматическая патология органов дыхания, соединительной ткани, болезни крови и гепатобилиарной системы.	ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Контрольная работа № 3 в виде собеседования.
4	Соматическая патология мочевыделительной, образовательной и эндокринной систем.	ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Контрольная работа № 4 в виде собеседования.
5	Неотложные состояния с нарушением функции дыхания, гемодинамики и неврологическими расстройствами.	ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Контрольная работа № 5 в виде собеседования.
6	Состояния, угрожающие жизни ребёнка. Острые аллергические реакции. Абдоминальные боли.	ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Контрольная работа № 6 в виде собеседования.
7			Контрольная работа № 7. Защита истории болезни.
Промежуточная аттестация		Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1- зачет		ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Вопросы для зачета
2- экзамен		ПК 1, ПК 5, ПК 8, ПК 10	Комплект КИМ № 2

Примерный перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	Кейс-задача	2 балла – соответствует оценке «неудовлетворительно», студент не решил клиническую задачу.	Стр. 11-73

		3 балла - соответствует оценке «удовлетворительно», студент решил клиническую задачу, но допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свои ответы, используя в основном медицинские термины. 4 балла – оценке «хорошо», студент самостоятельно и в основном правильно решил клиническую задачу, логично, последовательно и аргументировано излагал свой ответ, используя медицинскую терминологию. 5 баллов – оценке «отлично», студент самостоятельно и правильно решил клиническую задачу, логично, последовательно и аргументировано излагал ответы на вопросы, используя медицинскую терминологию.	
2	Контрольная работа	2 балла – соответствует оценке «неудовлетворительно», студент не ответил на учебно-профессиональные вопросы. 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. 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. 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.	Стр.115-120
3	Реферат	3 балла – соответствует оценке «удовлетворительно», выполненный реферат соответствует требованиям оформления самостоятельной работы, содержанию выбранной темы, в неполной мере проработан и представлен материал, используются устаревшие источники литературы. 4 балла – оценке «хорошо», выполненный реферат соответствует требованиям оформления самостоятельной работы, со-	Стр.111-112

		держанию выбранной темы, в неполной мере проработан и представлен материал, используются современные источники литературы. 5 баллов – оценке «отлично», выполненный реферат соответствует требованиям оформления самостоятельной работы, содержанию выбранной темы, в полной мере проработан и представлен материал, используются современные источники литературы.	
4	Презентация	3 балла – соответствует оценке «удовлетворительно», выполненный вид СР соответствует требованиям оформления, содержанию выбранной темы, в неполной мере раскрыта тема, используются устаревшие источники информации. 4 балла – оценке «хорошо», выполненный вид СР соответствует требованиям оформления, содержанию выбранной темы, в неполной мере раскрыта тема, используются современные источники информации. 5 баллов – оценке «отлично», выполненный вид СР соответствует требованиям оформления, содержанию выбранной темы, в полной мере раскрыта тема, используются современные источники информации.	Стр.113-114
5	Тест	90-100% - соответствует оценке «отлично» 80-70% - соответствует оценке «хорошо» 70-60% - соответствует оценке «удовлетворительно» Менее 60% - соответствует оценке «неудовлетворительно»	Стр.74-110
6	Зачет	<i>оценка «зачтено» (в случае устного или письменного опроса) выставляется студенту при условии, если он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает, и полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.</i>	Стр. 134-135

		оценка «не зачтено» выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы. Если зачет проводится в <i>форме компьютерного тестирования</i>, то оценка «зачтено» выставляется при 60% и более правильных ответов, при результате правильных ответов менее 60% выставляется оценка «не зачтено».	
7	Экзамен	5 баллов – оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач. 4 балла – оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. 3 балла – оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает за-	Стр. 136-142

		труднения при выполнении практических работ. <i>2 балла – оценка «неудовлетворительно»</i> выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы.	
8	История болезни		Стр.121-133

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

Примерный перечень кейс-задач.

Раздел 1: Введение в педиатрию

ЗАДАЧА № 1

Оценить физическое развитие девочки 10 месяцев с массой тела 8 500 г, длиной тела 70,2 см, окружностью головы 44 см, окружностью груди 45 см центильным методом.

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;

ЗАДАЧА № 2

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

- а) Дать характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;

ЗАДАЧА № 3

Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА № 4

1. Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА № 5

Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА № 6

Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА №7

1. Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА № 8

Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА № 9

Оценить физическое развитие центильным 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;

ЗАДАЧА № 10

Оценить физическое развитие центильным 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 характеристику физического развития по каждому антропометрическому показателю;
- б) Определить соматотип ребёнка;
- в) Определить гармоничность физического развития;

По теме: НПР

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.

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.

Раздел 2: Болезни детей раннего возраста

По теме: Хронические расстройства питания

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 спинке, сохранена на лице. Тurgор тканей снижен. Мышцы дряблые, тонус снижен. Видимые слизистые суховатые, розовые, большой родничок слегка запавший, размер 2 см – 3 см. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 160 в 1 минуту, ЧД – 52 в 1 минуту. При ау-

скультации 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 косные 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 х 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. Насыщенное 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.

По теме: Спазмофилия. Гипервитаминоз Д.

ЗАДАЧА № 1

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами. Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г. длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D2. Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 в мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит,

периодически тонические судороги.

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

ЗАДАЧА №2

9 месяцев, массой 9,5 кг, поступает в приемный покой детской больницы по поводу приступа судорог, перенесенного накануне. *Из анамнеза известно*, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита и рахита.

Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.

Объективно: ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0 x 2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастеральной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется, на осмотр реагирует активно, сопротивляется, громко кричит. Внезапно крик стихает, наступает остановка дыхания, появляется диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникают судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменяются клоническими, появляется храпящее дыхание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Окажите неотложную помощь и назначьте дальнейшее лечение.

ЗАДАЧА №3

Ребенок 6,5 месяцев в апреле поступил в отделение патологии грудного возраста с выраженными тоническими судорогами. Из анамнеза известно: ребенок от вто-

рой беременности. Во время беременности у матери отмечались анемия 1-й степени, судороги в икроножных мышцах. Родился с массой г. На грудном вскармливании до 2 месяцев, затем переведен на кормление ацидофильной "Малюткой". С 4-месячного возраста получает манную кашу. С 2 месяца жизни появились потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность. С 6 месяцев диагностирован рахит, начал получать масляный раствор витамина Д по 5000 МЕ в день в течение последних 2-х недель. Родители считают себя здоровыми. Старший ребенок в семье в течение недели болеет ОРВИ. Судороги начались на фоне плача.

Объективно: масса г, длина 63 см. Тургор тканей снижен. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3х3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки". Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии, левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС - 130 уд/мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Напряжение икроножных мышц, симптом «руки акушера», периодически тонические судороги.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА №4

8 месяцев, поступил в приемный покой детской больницы по поводу судорог тонико-клонического характера. Из анамнеза известно: ребенок от молодых, здоровых родителей, родился в срок, в декабре. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем - искусственное. С 3 месяцев диагностирован рахит. Назначено лечение витамином Д (вигантол по 5 капель в день). Последний месяц ребенок живет у бабушки в деревне. Вскормливается в основном коровьим молоком, приготовленными на нем кашами, творогом. Большую часть светлого времени дня проводит на улице. Бабушка дает вигантол по 1 чайной ложке х 3 раза в день. Кроме этого бабушка дает ребенку во время каждого кормления по 1 чайной ложке рыбьего жира. В последние 3 дня у ребенка отмечались беспокойство, повышенная возбудимость, отказ от еды, 3-х кратная рвота, запоры, редкое мочеиспускание. Ребенок резко похудел за последнюю неделю. В настоящее время масса тела - 8 кг.

Объективно: бледность, выраженная сухость кожных покровов, слизистых, гиперестезия, тахикардия, приглушенность сердечных тонов, судорожная готовность.

Общий анализ крови: Hb - 110 г/л, Эр - 3, 6х10¹²/л, Лейк - 7,6х10⁹/л, п/я - 2%, с - 31%, э - 2%, л - 56%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, кальций - 2,9 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 139 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л.

Проба Сулковича +++

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №5

Ребенок 5 мес., масса 7 кг, поступил в отделение с жалобами на судороги тонико-клонического характера, резкую сухость кожных покровов, слизистых, запоры, редкое мочеиспускание. Из анамнеза известно, что ребенку в возрасте 4-х мес. был назначен витамин Д, спиртовой раствор, по 3 капли в день, через 2 недели лечения мама начала давать ребенку витамин Д чайной ложкой - всего 2 млн. ЕД. Ребенок на неправильном искусственном вскармливании, с 3-х мес. получал 3 - 4 раза в день манную кашу, цельное

коровье молоко, соки. Потеря массы за 2 недели составила 800 г. В настоящее время масса – 7 кг.

Предварительный диагноз?

Неотложная помощь.

ЗАДАЧА № 6

8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом. *Из анамнеза известно*, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты. *Во время осмотра* участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар. *При осмотре в клинике* ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0x2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л. Эр – 3,8x10¹²/л, Ц. п. - 0,83, Лейк -7,2x10⁹/л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м -10%, СОЭ - 8 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), кальций общий - 1,6 ммоль/л (норма – 1,8-2,1), фосфор - 0,6 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), АлТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность - прозрачная, белок - 160 мг/л, цитоз - 2 в 3 мкл: нейтрофилы - 0%, лимфоциты - 2%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?

ЗАДАЧА № 7

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.

Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы - 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, "олимпийский лоб". Грудная клетка деформирована - "куриная грудь". При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: Х-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания - сухие свистящие хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС - 136 уд/мин. Печень + 4 см из-под реберного края. Селезенка - +2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $7,5 \times 10^9$, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, л - 63%, м - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65,0 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор 1,1 ммоль/л, ЩФ - 950 Ед/л (норма - до 600).

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

1. Ваш диагноз?
2. Как проводить лечение?

ЗАДАЧА № 10

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами.

Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D2.

Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 уд/мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,8, Ретик. - 2%, Лейк. - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА № 1

Света, 3 мес. Обследована перед вакцинацией: в анализе крови эр.- $3,5 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 90 г/л; Л $\cdot 10^9/л$; 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 – $3,5 \times 10^{12}/л$, 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 восково-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 – $3,2 \times 10^{12}/л$, тромбоц.- $230 \times 10^9/л$, 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.- $2,8 \times 10^{12}/л$, 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.- $3,4 \times 10^{12}/л$, 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.- $3,4 \times 10^{12}/л$, гемогл.- 86г/л, лейкоц.- $8,2 \times 10^9/л$, цв. показ.- 076, ретикулоц.-18%, 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 х 2 см, края податливы. Уровень фосфора в крови – 0,9 ммоль/л, кальция – 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 х 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 х 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 х 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 ребер-

ной 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. Контур 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 пальпируются 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 рёбрах пальпируются 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/Атопический дерматит

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 ягодич 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, селезёнка + 1,0 см. Стул запорный.

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

ЗАДАЧА № 6

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

В анамнезе – ребёнок 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 налётом. 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 мелко-точечной, розовой сыпи на ягодицах и бедрах. На щеках появилось покраснение и шелушение, а затем трещины, мокнутие с образованием корок. Ребёнок стал беспокоен, 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.

Раздел 3: Соматическая патология органов дыхания, соединительной ткани, болезни крови и гепатобилиарной системы.

ЗАДАЧА № 1

Сережа 5 лет, на Д учете по БА. В анамнезе у матери бронхиальная астма. В три года заболел бронхитом, по поводу которого был назначен пенициллин. На второй день лечения этим препаратом у ребёнка появилось затрудненное дыхание со свистом, слышимым на расстоянии выдохом, кашель с трудной отделяемой мокротой. Состояние улучшилось через два дня после отмены пенициллина и назначение сальбутамола и супрастина. Аналогичный приступ повторился в четыре года после приёма внутрь ампициллина в связи с острым бронхитом. В последующем приступы участились и возникали на запах рыбы, употребление клубники. На фоне повторных ОРВИ. приступы затрудненного дыхания у

ребёнка отмечаются 3 – 4 раза в месяц, купируются ингаляциями сальбутамола или приемом эуфиллина внутрь. **При осмотре** бледный, дыхание затруднено, выдох удлинен, частый кашель непродуктивный, при аускультации жесткое дыхание, масса сухих и влажных крупнокалиберных хрипов, перкуторно коробочный звук на всем протяжении. Тоны сердца учащены, приглушены. Живот без особенностей.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 2

Саша 6 лет, обратился по поводу одышки, затрудненного выдоха, частый кашель, который появился ночью. **В анамнезе** - родился от второй нормально протекавшей беременности с массой тела 3500г. На грудном вскармливании до 7 мес. С первого года жизни у ребёнка частые ОРВИ и бронхиты. С 3-х лет часто болеет ОРВИ, в 4 года после перенесенного бронхита впервые развился приступ бронхиальной астмы. В последующем приступы затрудненного дыхания возникали либо на фоне повторных ОРВИ, бронхитов, либо обострения хронического тонзиллита. **При осмотре** - состояние ребёнка средней тяжести, вынужденное положение сидя, бледный, определяется одышка экспираторного характера, грудная клетка «бочкообразной» формы, участвуют межрёберные промежутки в акте дыхания. Перкуторно определяется коробочный звук на всем протяжении. Физикально выслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот без особенностей.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 3

Маша 6 лет, **в анамнезе** - с 2-х летнего возраста болеет простудными заболеваниями по 4 – 6 раз в год. Три часа назад у ребёнка повысилась температура тела до 38⁰С, появился сухой кашель, сопровождающийся болями в горле. Участковый врач **при осмотре** отметил гиперемию и зернистость задней стенки глотки. На вторые сутки ночью возник приступ удушья, который ликвидировался после ингаляции сальбутамола. На 3-й день возник второй приступ удушья, и ребёнок был доставлен в стационар. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 37,7⁰С. Выражена одышка смешанного характера с преобладанием экспираторного компонента и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, дыхание шумное, слышное на расстоянии, 30 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка вздута, увеличена в передне-заднем размере, межреберные промежутки расширены, над легкими перкуторно определяется коробочный звук, при аускультации – ослабленное дыхание, много сухих, свистящих, жужжащих, а также крупно- и мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Живот без особенностей.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 4

Саша 6-ти лет. **В анамнезе** - у матери лекарственная аллергия (крапивница на введение пенициллина). Дед по отцовской линии страдает бронхиальной астмой. С первых дней

жизни у мальчика отмечались проявления экссудативного диатеза. Настоящее заболевание началось в 3 года, когда после гриппа у ребёнка неожиданно появился тяжелый приступ удушья, проводилось лечение. Приступ удушья повторился спустя несколько месяцев, в последующие годы подобные приступы возникали по 5-6 раз в месяц, протекали тяжело. Температура во время удушья обычно была нормальной.

Обследование прошел аллергически постановкой кожных проб. Выявлено повышение чувствительности к аллергенам домашней пыли, яиц, цитрусовых, пшеницы. Поступил в стационар в удовлетворительном состоянии для проведения курса лечения гистаглобулином. Мальчик подвижный, веселый, охотно вступает в контакт. В день поступления перед ужином сосед по палате стал угощать его апельсином, но мальчик отказался, через некоторое время медсестра заметила, что ребёнок стал вялым, испуганным, жалуется на головную боль. Выражение глаз тревожное, голос глухой, окончание слов не договаривает, из носа обильное, водянистое отделяемое, многократно чихал, температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. В легких на фоне жесткого дыхания выслушивается единичные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот б/особен.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 5

Ребёнок 7 мес. поступил в клинику на 5-й день болезни. В анамнезе - заболевание началось с повышения температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, появления влажного кашля, обильных выделений из носа. Лечился амбулаторно (ампициллин), катаральные явления сохранились. С 5-го дня появилось «свистящее дыхание» и ребёнок был доставлен в стационар. **Объективно** - состояние при поступлении тяжелое, температура тела $37,5^{\circ}$, ребёнок беспокоен, кожные покровы бледные, подкожно-жировой слой развит избыточно. Тургор мягких тканей снижен, масса тела – 10 000г, длина 70 см, на щеках имеются проявления экссудативного диатеза в виде яркой гиперемии и сухости кожи, на волосистой части головы себорейные корочки. Отмечается периоральный цианоз, одышка с преобладанием экспираторного компонента, удлиненный свистящий выдох, число дыханий - 64 в мин, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, грудная клетка вздута, при перкуссии определяется коробочный оттенок звука, аускультативно – дыхание жесткое, обилие рассеянных свистящих и жужжащих хрипов, мелкопузырчатые влажные. Частота пульса – 145 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, живот мягкий, печень выступает из под края реберной дуги на 2 см. Рентгенологически очаговые тени не выявляются. Анализ крови: эр- $3,9 \times 10^{12}$, гемоглобин-110 г/л, цв.пок.-0,8, л- $10,8 \times 10^9$ /л, э-6%, с-50%, лимф.-34%, мон-6%, СОЭ-24 мм/ч.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 6

Миша 9 лет. В анамнезе - с 3-х месяцев отмечались кожные проявления экссудативного диатеза. В 2 года была аллергическая реакция на пенициллин в виде зудящей сыпи. Мать страдает аллергическим ринитом, в возрасте 6-ти лет у ребёнка впервые возник приступ удушья, когда семья переехала на новую квартиру, с тех пор приступы повторялись 3 – 4 раза в месяц, обычно в дни генеральной уборки квартиры, были не тяжелыми, купиро-

вались приемом сальбутамола, Год назад обследован у аллерголога, выявлена повышенная чувствительность к домашней пыли, шерсти кошек, яичному белку. Специфическая гипосенсибилизация не проводилась, последний приступ удушья у ребёнка возник во время уборки квартиры. Одышка нарастала, дыхание стало шумным. Врач бригады «скорой помощи» игалировал сальбутамолом, но состояние продолжало ухудшаться, нарастала одышка, ребёнок был доставлен в стационар. **Объективно** - при поступлении состояние средней тяжести, дыхание шумное с удлиненным выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы бледные. Легкий цианоз губ, грудная клетка вздута. перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, при аускультации дыхание в нижних отделах ослабленное, в верхних – жесткое. Выслушивается большое количество свистящих и жужжащих хрипов, единичные мелко и среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 7

Даша. 10 лет, **В анамнезе** - в возрасте 3-х лет перенесла пневмонию, принявшую затяжное течение. После этого часто болеет бронхитами и пневмониями. В 9 лет после очередной пневмонии ночью возник приступ удушья, который ликвидировался после введения сальбутамола. С тех пор приступы удушья повторялись по 2-3 раза в месяц, обычно во время бронхитов и острых респираторных заболеваний. Легко купировались введением сальбутамола в ингаляциях, а если лечение начиналось в начале приступа, то эффективным оказывался прием внутрь эуфиллина. Последнее время приступы купируются труднее. Лечилась раньше амбулаторно, на стационарное обследование поступила впервые для коррекции лечения. **Объективно** - при осмотре со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация .

ЗАДАЧА № 8

Алёна 1,5 года доставлена СМП по поводу одышки, грубый, частый, непродуктивный кашель, осиплый голос. **В анамнезе:** больна 2 дня, контакт в доме с больными гриппом. При **осмотре** состояние тяжелое, температура тела 37,8°, ЧД 48 в 1', Рс 150, бледная, цианоз носогубного треугольника, дыхание шумное слышно на расстоянии, одышка экспираторного характера, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение яремной ямки. В зеве яркая гиперемия, вирусная зернистость. В легких при аускультации жесткое дыхание, хрипы сухие и влажные, перкуторно коробочный легочный звук. Тоны сердца ритмичные, учащены, систолический шум. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования
- Назначьте лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 1

Ребёнок 1 год 10 месяцев с легочной формой муковисцидоза заболел остро:

Жалобы: фебрильная температура тела, вялость, заторможенность, отсутствие аппетита, двукратная рвота после кормления. Кашель стал частым, мокрота отделяется с трудом, зеленовато-желтого цвета. **Объективно:** одышка смешанного генеза с ЧД 48 в 1 минуту, Рс 150 в 1 минуту. Состояние ребёнка тяжелое вследствие выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Над легкими перкурторный звук с коробочным оттенком, укорочение в подключичной области справа. При аускультации много сухих, а в верхних отделах справа – влажных мелкопузырчатых хрипов и крепитации. Тоны сердца приглушены. Выслушивается систолический шум. Живот безболезненный, печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Менингеальные симптомы отсутствуют. Дефицит массы тела 15%. **Обследование:** Анализ крови: эритроциты $-3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 98 г/л, цветной показатель – 0,87, лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 16%, сегментоядерные – 39%, лимфоциты-40%, эозинофилы-2%, моноциты-3%, СОЭ-18 мм/ч. На рентгенограмме ОГК определяются очаговые тени в верхушечных сегментах справа. Через 2 дня на повторных рентгенограммах в верхней доле справа очагово-сливные тени занимают 3 сегмента, видны множественные, мелкие очаги просветления на фоне инфильтрации.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 2

Ребёнок 9-ти лет. Болен 5 дней. **Жалобы** на появление редкого сухого кашля, который затем усилился и стал влажным. На 3-й день болезни поднялась температура тела до $37,6^{\circ}$. **Объективно:** При поступлении состояние средней степени тяжести, самочувствие нарушено. Температура тела $37,9^{\circ}$. Число дыханий – 34 в 1 минуту. Мальчик активен. Аппетит сохранен. Кожные покровы слегка бледные. Отмечается умеренный цианоз носогубного треугольника. Перкуторно над лёгкими звук укорочен паравертебрально с обеих сторон. Аускультативно-жесткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы и крепитация в умеренном количестве с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота пульса – 95 в 1 минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнок 6 лет. **Жалобы:** болеет острым респираторно-вирусным заболеванием в среднетяжелой форме. На 5-й день болезни наступило ухудшение: температура тела повысилась до 39°C , кашель стал частым и влажным. Появились слабость и потливость. Исчез аппетит, нарушился сон. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, боли в животе справа. **Объективно:** Состояние средней тяжести. Кожа бледная, носогубный треугольник с сероватым оттенком, в дыхании участвуют крылья носа. Пульс – 139 уд/мин, ритмичный. Частота дыхания – 34 в 1 минуту. При перкуссии легочный звук с укорочением под углом правой лопатки, там же – ослабленное дыхание, постоянные мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитации. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет, границы сердца соответствуют возрасту. Живот мягкий, слабо болезненный в правом подреберье при глубокой пальпации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной ду-

ги. Физиологические оправления в норме.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 4

Девочка 1,5 лет. Находится в клинике по поводу пневмонии. **Жалобы** на частый, непродуктивный кашель, вялость, отказ от еды, одышку. **В анамнезе:** больна 5-й день, родилась недоношенной, часто болеет ОРВИ, питание беспорядочное. **При осмотре:** состояние средней тяжести, бледная, вялая, пониженного питания, дефицит массы тела 17%, одышка смешанного характера. ЧД – 52 в 1', цианоз носогубного треугольника, в зеве гиперемия, налетов нет, зубов 2/2. **При аускультации** дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах. Выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы с обеих сторон. Перкуторно укорочение легочного звука с обеих сторон паравертебрально. Тоны сердца приглушены, учащены, ЧСС 160 в 1', систолический шум в V т. Живот умеренно вздут, печень на 2 см из под р/края. В ОАК – Эр $3,5 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин – 90 г/л; Цветной показатель – 0,85; лейкоциты $-11 \cdot 10^9/л$; пал. – 8%; с-20%; лимфоциты – 45%; моноциты – 8%; СОЭ- 27 мм/ч.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 5

Ребёнок 2 года. Болен 5 дней. **Жалобы** на повышение температуры тела до $37,7^{\circ}C$, выделения из носа, чихание, сухой кашель. Аппетит снижен. Спит беспокойно. Врачом поликлиники проводилось симптоматическое лечение острого респираторно-вирусного 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: 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. Частота дыхания – 52 в 1 минуту, пульс – 178 уд/мин. Над легкими перкуторно укорочение звука в нижних отделах. Дыхание жесткое, ослаблено под углами лопаток. Там же выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы, не исчезающие после кашля. Тоны сердца приглушены, ритмичные, учащены, хорошо выслушиваются на спине и в правой аксиллярной области. Границы сердца соответствуют возрасту. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Пальпируется край селезенки.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 6

Осмотрен ребёнок 7 лет из неблагополучных социально-бытовых условий.

В анамнезе: На первом году жизни перенес острую пневмонию с выздоровлением. С 2-х лет посещает детские ясли, часто болеет ОРВИ. В трехлетнем возрасте диагностиро-

ваны аденоиды II степени и гипертрофия небных миндалин II степени. С 4-х лет в осенне-зимний период возникает кашель со слизистой, слизисто-гнойной мокротой, продолжающийся до 3-3,5 недель на фоне ОРВИ. Кашель сопровождается субфебрильной температурой тела, умеренной одышкой. Болеет часто, 4 – 6 раз в год. **Объективно:** Осмотрен в период очередного обострения. Астеническое телосложение, пониженное питание. Температура тела 37,2⁰С. Симптомов хронической гипоксемии нет. Периферические лимфоузлы, за исключением подчелюстных, не увеличены. Подчелюстные лимфоузлы (размером до 1 см) при пальпации мягкие, безболезненные, подвижные. Носовое дыхание затруднено, слизистые выделения. Частота дыхания 28 в 1/мин. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, сухие и средне пузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Выдох умеренно удлиннен. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум в V т. Живот мягкий, без особенностей.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация.
-

ЗАДАЧА № 7

Ребёнок 10-ти лет, в прошлом практически здоровый, **жалобы** на насморк и кашель. Заболел остро 2 дня назад, после переохлаждения, когда повысилась температура тела до 37,8⁰С, появилось жжение за грудиной. На третий день болезни температура снизилась до 37,1⁰С, появился влажный кашель со скудной слизистой мокротой.

При объективном исследовании состояние удовлетворительное, частота дыхания 20 в 1 минуту, пульс 88 уд/мин. Кожа без сыпи, зев гиперемирован, налетов нет, слизистые выделения из носа. Над легкими при перкуссии коробочный легочный звук. Дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон, а на высоте вдоха – единичные влажные крупнопузырчатые (непостоянные). Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, без особенностей.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 8

Мальчик 1 год 6 месяцев заболел остро. **Жалобы** на повышение температуры тела до 38⁰С, появился насморк, сухой надсадный кашель, осиплость голоса, снизился аппетит. Мать вызвала педиатра. **При осмотре** состояние средней тяжести, кожа бледная, синева под глазами. Мальчик беспокоится, капризничает. Зев ярко гиперемирован, миндалины выступают из-за дужек, без налетов. Пальпируются мелкие безболезненные подчелюстные лимфоузлы. Температура тела 37,6⁰С. Пульс 140 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет. Границы сердца не расширены. Частота дыхания 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание жесткое, хрипы влажные в нижних отделах с обеих сторон. Перкуторно легочный звук укорочен там же. Живот умеренно вздут. Печень на 2 см выступает из под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочится адекватно количеству выпитой жидкости.

При сборе **анамнеза** выяснено, что ребёнок заболел после контакта с отцом по ОРВИ. Возникали проявления аллергического дерматита на щеках и ягодицах после употребления яиц, шоколада, рыбы (эти продукты исключены из рациона). На первом году жизни дважды перенес ОРВИ в легкой форме. Прививки сделаны по возрасту, реакции на прививки не было.

- Поставить диагноз и обосновать его;

- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 1

Девочка 11 лет находилась на лечении в местной санатории, куда была переведена через 1,5 месяца от начала острой ревматической лихорадки (ОРЛ), протекавшей с миокардитом. Самочувствие было удовлетворительным, жалоб не предъявляла. Через 4 недели после ОРВИ появились **жалобы** на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита и сна, боли в ногах, субфебрилитет. Девочку вновь перевели в кардиологическое отделение городской больницы. **При осмотре:** бледная, вялая, Т - 37,5, ЧД – 24 в 1 мин., ЧСС – 110 в 1 мин. Лечащим врачом отмечено при пальпации усиление сердечного толчка и сдвиг его влево, перкуторно расширение границ сердца и изменения аускультативных данных со стороны сердца. Выслушиваемый раннее систолический шум приобрёл дующий характер, лучше выслушивается в четвертом межреберье, слева у края грудины. Шум постоянный, почти не изменяется от перемены положения тела. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. **Лабораторно:** анализ крови СОЭ-20мм/ч, С - реактивный белок ++, сиаловые кислоты 360, антистрептолизин О+++. На ФКГ шум высокочастотный, занимает 2/3 систолы, по форме овальный, затухающий. На эхокардиограмме: Изменение створок (утолщение, «лохматость»), увеличение размеров левых камер сердца, высокая амплитуда открытия митрального клапана.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 2

Мальчик 9 лет. Родители обратились к педиатру с **жалобами** на то, что за последние три недели у ребёнка нарушился сон, появилась плаксивость, рассеянность, ухудшилась успеваемость в школе, изменился почерк (небрежность, затруднения при письме). Движения стали размахистыми, порывистыми, особенно при волнении. **В анамнезе:** 1,5 месяца назад перенес лакунарную ангину, после которой периодически наблюдался субфебрилитет в течении месяца. **Объективно:** Ребёнок бледный, при разговоре с врачом «прищелкивает» языком, гримасничает. Движения рук размахистые. Отмечены мышечная гипотония, симптом «дряблых плеч», нарушения координации движений при выполнении коленно-пяточной пробы и при пальценосовой пробы промахивание. Невропатолог поликлиники выявил нарушение сухожильных рефлексов – асимметрия и неравномерность, рефлекс Гордона (тоническое сокращение четырехглавой мышцы при вызывании коленного рефлекса) положительный. При выслушивании сердца небольшое приглушение тона. Рс 100 в 1 минуту, перкуторно границы сердца в норме. Дыхание везикулярное, Живот без патологии. Физиологические отправления в норме.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 3

Девочка 14 лет обратилась к врачу с **жалобами** на утомляемость, плохой тревожный сон, раздражительность, боли в области сердца колющего характера. **В анамнезе** - часто болеет ОРЗ и ангинами, плохо кушает, физическое развитие по гипосоматическому

типу, необщительна, любит больше читать. Лечение получает амбулаторно. **Объективно:** астенического телосложения, бледная, в зеве гипертрофия миндалин, дыхание везикулярное, хрипов нет, определяется дыхательная аритмия. Перкуторно границы сердца не расширены. При аускультации тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум в V т. функционального характера. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 4

Девочка 11 лет находится в стационарном отделении детской городской больницы седьмой день. Поступила с **жалобами** на повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$, боли в коленных суставах «летучего» характера, кольцевидную сыпь на груди и животе.

В анамнезе: Со слов родителей суставы опухали и были горячими на ощупь, гипертермия сохранилась в течении 5-ти дней. Три недели тому назад перенесла фолликулярную ангину (7 дней получала ампициллин). Ежегодно болела 2-3 раза ОРВИ. У бабушки по материнской линии – порок сердца. При **объективном исследовании** кожа бледная на груди и животе – кольцевидная эритема (нестойкая, розового цвета сыпь в форме колец и полуколец). Боли в коленных и локтевых суставах в первые дни были интенсивными, отмечалась ассиметричная припухлость. Движения в суставах сохранены в полном объеме, но болезненны. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца: верхняя – III ребро, правая – на 1 см кнаружи от правой стеральной линии, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При пальпации усиление сердечного толчка. Аускультативно тоны сердца значительно приглушены, особенно 1 тон, выслушивается умеренный, постоянный систолический шум. За пределы сердца шум не проводится. АД-90/60 мм. рт. ст. В легких – везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 5

Мальчик 14 лет направлен участковым педиатром к кардиологу в связи с **жалобами** на утомляемость, периодические повышения температуры тела до $37,1 - 37,3^{\circ}\text{C}$, боли в ногах в течении месяца. **В анамнезе:** Ребенок перенес ОРЗ месяц тому назад. В мазках из зева обнаружен гемолитический стрептококк. Год тому назад находился в кардиологическом отделении по поводу ОРЛ. Рекомендованный режим не соблюдал. Регулярно не лечился. **Объективно:** При осмотре выявляется бледность кожных покровов, суставы не изменены. В зеве гиперемии нет, миндалины рыхлые, увеличены. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, несколько напряжен. Перкуторно - границы сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации I тон сердца слегка ослаблен, над верхушкой выслушивается грубый систолический шум. Кардиолог отметил возникновение диастолического шума по левому краю грудины сразу же после II тона в виде высокочастотного протодиастолического шума, лучше выслушиваемого в горизонтальном положении на фазе выдоха. Артериальное давление 110/70 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. **Лабораторно** анализ крови: СОЭ – 18 мм/ч, С-реактивный белок++.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.

- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 6

Девочке 12 лет, госпитализирована в стационар по поводу коррекции лечения, т.к. **в анамнезе** в 10 лет перенесла ревматизм, 4 месяца лечилась в стационаре, после этого никакого лечения не проводилось. Часто болеет ангинами. **Объективно:** при осмотре бледная, тени под глазами, пониженного питания, в зеве миндалины рыхлые, гипертрофированы с казеозными пробками; кариес зубов. Дыхание везикулярное. ЧД – 20 уд/мин, ЧСС – 100 уд/мин, перкуторно – усиление сердечного толчка, границы сердца расширены влево. При аускультации тоны сердца приглушены, дыхательная аритмия, четкий систолический шум на верхушке проводится в аксиллярную область слева. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования
- Назначить лечение.
- «Д» учет и реабилитация.

ЗАДАЧА № 7

Девочка 10 лет находилась на лечении в местном санатории, куда была переведена после 2-х месяцев от начала острой ревматической лихорадки (ОРЛ), протекавшей с миокардитом. Самочувствие было удовлетворительным, жалоб не предъявляла. Через 4 недели после ОРЗ появились **жалобы** на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита и сна, боли в ногах, субфебрилитет. Девочку вновь перевели в кардиологическое отделение. **При осмотре:** бледная, вялая, Т - 37,5, ЧД – 24 в 1 мин., ЧСС – 110 в 1 мин. Лечащим врачом отмечено при пальпации усиление сердечного толчка и сдвиг его влево, перкуторно расширение границ сердца и изменения аускультативных данных со стороны сердца. Выслушиваемый раннее систолический шум приобрёл дующий характер, лучше выслушивается в четвертом межреберье, слева у края грудины. Шум постоянный, почти не изменяется от перемены положения тела. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. **Лабораторно:** анализ крови СОЭ-20мм/ч, С - реактивный белок ++, сиаловые кислоты 360, антистрептолизин О+++. На ФКГ шум высокочастотный, занимает 2/3 систолы, по форме овальный, затухающий. На УЗИ сердца: изменение створок (утолщение, «лохматость»), увеличение размеров левых камер сердца, высокая амплитуда открытия митрального клапана.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 8

Девочка 12 лет. Родители обратились к педиатру с **жалобами** на то, что за последние три недели у ребёнка нарушился сон, появилась плаксивость, рассеянность, ухудшилась успеваемость в школе, изменился почерк (небрежность, затруднения при письме). Движения стали размахистыми, порывистыми, особенно при волнении. **В анамнезе:** 4 недели назад перенесла гнойную ангину, после которой периодически наблюдался субфебрилитет в течении месяца. **Объективно:** Ребёнок бледный, при разговоре с врачом «прищелкивает» языком, гримасничает. Движения рук размахистые. Отмечены мышечная гипотония, симптом «дряблых плеч», нарушения координации движений, при выпол-

нении коленно-пяточной пробы и пальценосовой пробы промахивается. Невролог поликлиники выявил нарушение сухожильных рефлексов – асимметрия и неравномерность, рефлекс Гордона (тоническое сокращение четырехглавой мышцы при вызывании коленного рефлекса) положительный. При выслушивании сердца небольшое приглушение тона. Ps 100 в 1 минуту, перкуторно границы сердца в норме. Дыхание везикулярное, Живот без патологии. Физиологические отправления в норме.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 1

Света 6-ти лет, **жалобы:** Мать обратила внимание, что у девочки на коже туловища и конечностей появились обширные и мелкие синяки, периодически носовое кровотечение. **В анамнезе** - до настоящего заболевания росла и развивалась нормально. Детскими инфекционными заболеваниями не болела. Родители здоровы. Заболела остро, когда появилось обильное носовое кровотечение, на второй день появились обширные и мелкие синяки, петехиальная сыпь, кровоточивость десен.

Объективно: при поступлении на пятый день заболевания – состояние тяжелое. На коже много синяков, петехиальных элементов. Через 2 часа после поступления появилось обильное носовое кровотечение, остановленное передней тампонадой. Зев розовый. Дыхание пуэрильное, со стороны сердца – тоны приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно болезнен при глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез без патологии.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 2

Коля 4-х лет. **В анамнезе** отмечается кровоточивость у отца матери. Впервые у ребёнка появились обширные гематомы и синяки на теле в возрасте 1,5 лет. В это же время наблюдалось длительное кровотечение из ушибленной раны в правом коленном суставе. Отмечались сильные боли при движении. Мальчик не мог ходить.

При обследовании в клинике обнаружены синяки на нижних конечностях, глубокие инфильтраты, правосторонний гемартроз коленного сустава. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и в V точке. Живот мягкий. Диурез в норме.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 3

Андрей 8 лет, поступил с **жалобами** на повышение температуры и сыпь на руках и ногах. Заболевание развивалось остро: повысилась температура тела до 38⁰. На коже рук и ног появилась обильная геморрагическая сыпь. На второй день мальчик был госпитализирован. Состояние при **поступлении** тяжелое: вялый, бледный. На коже рук и ног, ягоди-

цах пятнисто-папулезная сыпь геморрагического характера, расположенная на симметричных участках. Коленные и голеностопные суставы отечные и резко болезненны. Все эти явления держались в течение 3-х дней. На 5-й день болезни появилась новая геморрагическая сыпь и одновременно приступообразные боли в животе, прожилки крови в каловых массах. Боли в животе держались 4 дня. С 20 дня заболевания новых высыпаний не было. Дыхание везикулярное. Сердце без патологии. **Анализ крови:** Нв - 112г/л, эритроциты – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Л – $6,6 \cdot 10^9/л$. Тромбоциты – $208 \cdot 10^9/л$. СОЭ – 24 мм/ч. Время кровотечения и свертывания крови в пределах нормы. Анализ мочи без особенностей. Живот мягкий. Диурез в норме.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 4

Саша 11 лет поступил в гематологическое отделение с **жалобами** на мелкоточечную сыпь на ногах, которая быстро распространилась по всему телу. Температура тела субфебрильная. В **анамнезе** пищевая сенсibilизация, болеет 2 – 3 раза в год.

Объективно: Состояние средней тяжести. На коже голеней, ягодиц, предплечий, вокруг суставов, на ушных раковинах обильная геморрагическая сыпь, симметричная, местами сливная. На слизистой оболочке нёба единичные петехии, катара нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца несколько приглушены. АД 110/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Стул и моча обычной окраски.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитации

ЗАДАЧА № 5

Оля 12 лет с пищевой сенсibilизацией и аллергодерматозом через 2 недели после ОРВИ **пожаловалась** на боли в голеностопном суставе, который **при осмотре** был резко отечным и болезненным. Температура тела не повышалась. Через сутки на коже туловища, конечностей, лица, ягодиц, вокруг суставов появилась мелкоточечная геморрагическая сыпь, симметричная. Вокруг суставов, на ягодицах, в местах давления одежды гемморрагии приобрели сливной характер. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, систолический шум. Девочка вялая, отказалась от еды. Живот при пальпации болезненный, печень не увеличена, селезенка у края реберной дуги. Диурез в норме. Стул запорный.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 6

Алла 14 лет доставлена в стационар с обильным маточным кровотечением, возникшим впервые. В **анамнезе:** Последние 6 месяцев отмечает частые, обильные носовые кровотечения. После травм появлялись гемморрагии разной величины, формы и окраски. **Объективно:** Состояние тяжелое, бледная. На коже множественные ассиметричные полиморфные гемморрагии (от мелких до обширных). Несколько участков кровоизлияния на

слизистой оболочке рта. Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, учащены, систолический шум. Живот мягкий безболезненный. Периферические лимфоузлы, печень и селезенка не увеличены. АД 100/55 мм. рт. ст, Ps 100 в 1'. Диурез в норме. Анализ крови: эритроциты – $3,0 \cdot 10^{12}/л$. Гемоглобин – 90 г/л, цветной показатель – 0,9. Ретикулоциты – 10%, лейкоциты – $11 \cdot 10^9/л$. Эозинофилы – 6%, базофилы – 3%. Палочкоядерные – 2%. Сегментоядерные – 35%. Лимфоциты – 30%, моноциты – 4%, тромбоциты – $32 \cdot 10^9/л$. СОЭ – 12 мм/ч. ОАМ – без патологии.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 7

Маша 7 лет. Поступила с **жалобами** на приступообразные боли в животе, боли в локтевых и коленных суставах, наличие геморрагической сыпи на голенях и бедрах. **В анамнезе:** 15 дней назад перенесла ангину, по поводу которой лечилась амбулаторно по назначению участкового педиатра. Получала макропен и ибупрофен в течение 6 дней. На 7-й день появились на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, слегка зудящие. Одновременно с этим стала жаловаться на боли в суставах. На 8-й день появились приступообразные боли в животе, рвота. Направлена в стационар. **При осмотре** температура тела $37,8^{\circ}C$, кожа бледная, на бедрах и голенях симметрично геморрагическая сыпь, слегка зудящая, расположенная преимущественно около суставов округлой формы. Суставы внешне не изменены, движения в них болезненны. Девочка беспокойная, жалуется на сильные боли в животе без четкой локализации. Живот напряжен, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины сомнительные. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Дизурических расстройств нет.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 8

Петя 12 лет. Поступил в клинику с жалобами на появление на коже спонтанных или от малейших ушибов, геморрагий, частые носовые кровотечения появляются по ночам. **В анамнезе:** заболевание с 6 лет с периодами ремиссий и обострений, неоднократно лечилась в стационаре. **При осмотре** на коже конечностей, преимущественно на ногах, ягодицах имеется несимметрично расположенная геморрагическая сыпь в виде мелких петехий и экхимозов до 7 – 8 мм в диаметре, неправильной формы, различной окраски, безболезненные. Незначительно увеличены шейные, подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Границы сердца и звучность тонов не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Стул не изменен, мочеиспускание не нарушено,

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 9

Боря 7 лет. **В анамнезе:** с 2-х лет у мальчика отмечаются длительные (в течении суток и более) кровотечения при самых незначительных травмах. При небольших ушибах часто образуется обширные массивные подкожные гематомы. В возрасте 4-х лет развился гемартроз левого коленного сустава после ушиба. **Из анамнеза** выяснено, что брат дедушки по материнской линии умер в раннем возрасте от легочного кровотечения. Два дня назад ребёнок случайно порезал палец, с тех пор кровотечение из пореза не прекращается. **Лабораторные данные.** Кровь: эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 80 г/л, л. – $7,2 \times 10^9/л$. Изменений в формуле нет. Тромбоц. - $450 \times 10^9/л$. Длительность кровотечения по Дюке – 3 мин. 30 сек, потребление протромбина – 18%, ретракция кровяного сгустка своевременная, индекс ретракции – 0,25, уровень АГГ – 2,5%. Моча: патологии не выявлено. **Кал:** реакция Грегерсена отрицательная

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 10

Коля 10 лет поступил с **жалобами** на повышение температуры и сыпь на руках и ногах. Заболевание развивалось остро: повысилась температура тела до $38^{\circ}C$. На коже рук и ног появилась обильная геморрагическая сыпь. На второй день мальчик был госпитализирован. Состояние **при поступлении** тяжелое: вялый, бледный, на коже рук и ног, ягодицах пятнисто-папулезная сыпь геморрагического характера, расположенная на симметричных участках. Коленные и голеностопные суставы отечны и резко болезненны. Все эти явления держались в течение 3-х дней. На 5-й день болезни появилась новая геморрагическая сыпь и одновременно приступообразные боли в животе, рвота, прожилки крови в кале. Боли в животе держались 4 дня. Затем новых подвысыпаний не было.

Обследование. ОАК: Нв-112 г/л, эритроциты- $3,5 \times 10^{12}/л$, Л-6,6 $\times 10^9/л$, тромбоциты – $208 \times 10^9/л$, СОЭ- 25 мм/час, Л формула - без особенностей. Время кровотечения и свертываемости крови в пределах нормы. **ОАМ** – без особенностей. Анализ кала на скрытую кровь слабоположительная.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 1

Мальчик 7 лет поступил в клинику по поводу болей в животе, которые давали картину острого живота. Болен 2-й год. Сначала заболевание сопровождалось приступами острых болей, через год боль стала тупой и постоянной. Ребёнок отстаёт в физическом развитии, капризен, раздражителен, плохо ест. Часто жалуется на боли в суставах, потливость, тупые и ноющие постоянные боли в правом подреберье.

Отмечается резистентность мышц при пальпации верхнего квадранта живота. Пузырные симптомы выражены отчетливо. При дуоденальном зондировании во всех порциях желчи обнаружены слизь, слущенный эпителий, лейкоциты и в большом количестве лямблии. В анализе кала - цисты лямблий.

- Ваш предварительный диагноз
- План дополнительного обследования
- Ваши рекомендации больному при выписке из клиники
- «Д» наблюдение и реабилитация

Задача № 2

Девочка 14 лет поступила в больницу после перенесенного острого респираторного заболевания, во время которого употребляла много фруктов и йогурта, консервированных соков, бульонов. Поступила с жалобами на боль опоясывающего характера, усиливающуюся в ночное время, чаще умеренной интенсивности; приступообразную колющую боль в эпигастральной области и в левом подреберье. Болевые ощущения держатся в течение 5 – 7 дней. Отмечены чередование запоров и поносов, метеоризм, иногда полифекалия.

При внешнем осмотре выявлены проявления гиповитаминоза (сухость губ, шелушение кожи, трещины в углах рта). Питание умеренно снижено. Температура тела субфебрильная. Отмечены: раздражительность, повышенная возбудимость, плаксивость. Подобные состояния отмечались и раньше один раз в год. Длительность ремиссии в последнее время сократилась до 3 – 6 месяцев.

- Ваш предположительный диагноз?
- Ваш прогноз, ближайший и отдаленный?
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 3

Девочка 8 лет госпитализирована с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, тупые, ноющие, давящие, периодически усиливающиеся, возникают через 1 – 1,5 часа после приема жирной пищи (жареная свинина, пирожные с кремом) или физических нагрузок.

Боли длятся 1 – 2 часа. Девочка жалуется на слабость, быструю утомляемость, тошноту. При пальпации живота отмечена болезненность в области правого подреберья и увеличение печени. Положительны пузырьные симптомы. Длительность заболевания - 1 год.

- Ваш предположительный диагноз?
- Укажите режим и диету.
- Принципы медикаментозного лечения
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 4

Диана 13 лет, обратилась с жалобами на практически постоянные монотонные тупые, ноющие боли, реже - чувство тяжести в правом подреберье, уменьшающиеся после приема пищи и желчегонных препаратов.

Периодически беспокоит тошнота, отрыжка, редко - горечь во рту, запоры. Стала раздражительной. Температура тела не повышалась.

Объективно: Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, чистые, нормальной влажности. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, громкие. Пульс - 66 в 1 мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Размеры печени по Курлову 10х9х6 см. Селезенка не пальпируется.

Результаты дополнительных методов исследований: В общем анализе крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 122 г/л, ЦП - 0,89, Л - $7,2 \times 10^9 /л$, э - 4%, пал - 5%, сегм. - 65%, лимф. - 19%, мон. - 7%, СОЭ - 5мм/час. В биохимии крови: общий белок - 79 г/л, СРБ - отрицательный.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, прозрачная, относительная плотность - 1,015, без особенностей. Антитела к описторхисам, лямблиям методом ИФА - отрицательные. НВсАТ и антитела к НВс - отрицательные.

Копрограмма: кал оформленный, коричневого цвета, реакция - нейтральная, мышечные волокна переваренные - единичные, нейтральный жир - отсутствует, клетчатка перевари-

ваемая - единичная в п/зр, крахмал - отсутствует, слизь - отсутствует, лейкоциты - единичные в п/зр, эритроциты - отсутствуют.

При ультразвуковом исследовании желчный пузырь растянут, вяло сокращается, стенка желчного пузыря - 2мм. Печень. Поджелудочная железа, селезенка без патологии.

- Ваш предположительный диагноз?
- Укажите режим и диету.
- Принципы медикаментозного лечения
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 5

Мальчик 14 лет госпитализирован с жалобами на острые, приступообразные, режущие и колющие боли в животе, возникшие во время контрольной работы в школе. В прошлом отмечались подобные боли при приеме мороженого, холодных напитков и во время спортивных соревнований. Боли возникают после приема холодной пищи через 30 минут, локализуется в правом подреберье. Длительность болей обычно не превышает 5 – 15 минут. У подростка отмечена повышенная нервная возбудимость, лабильность вегетативной нервной системы. При пальпации живота – болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Лепине, Георгиевского, Глинчикова, Ляховицкого, Образцова и Ортнера) слабо положительные.

Длительность заболевания – около 6 мес. Подобные болевые приступы были и у матери.

- Предполагаемый диагноз?
- План дополнительного обследования?
- Рекомендации по диете.
- Каковы принципы лечения?

Раздел «Соматическая патология мочевыделительной, образовательной и эндокринной систем».

Задача № 1

Лена 5 лет, больна 2 дня. Заболевание началось после переохлаждения. **Жалобы:** вечером поднялась температура до 38,3⁰С, появились боли в поясничной области, учащенное (до 8-10 раз в сутки) и болезненное мочеиспускание. Участковым врачом направлена на госпитализацию. При поступлении в стационар **объективно** - состояние средней тяжести, температура 38,4⁰, кожа бледная выражены периорбитальные тени. Слизистая оболочка зева и носа без острых воспалительных изменений. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в левой подвздошной области и над лоном. Выявляется слабopоложительный симптом поколачивания.. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, учащены. Стул без патологии. Микция болезненная, небольшими порциями, частая.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 2

Наташа 8 лет. **Жалобы:** в течении ряда лет у неё наблюдаются боли в животе, не связанные с едой и временем приёма, изредка беспокоят боли в пояснице. Аппетит снижен. Часто беспокоят головные боли. Она быстро устаёт в школе особенно к концу недели. При обследовании в поликлинике выявлена лейкоцитурия и больная направлена в

стационар на обследование. **Объективно:** отмечались бледность кожных покровов, дефицит массы тела 18%. Катаральных явлений в зеве нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации над лоном. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Данные **анализа крови:** эр. – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 90 г/л, СОЭ – 18 мм/ч. Данные **анализа мочи:** Лейкоциты – 20-25 в поле зрения. Бактериурия – 500 000 микробных тел в 1 мл мочи, высеяна палочка протей. При проведении пробы по Зимницкому выявлена никтурия, колебания относительной плотности мочи - в пределах 1002 – 1011. Суточный диурез – 1200 мл. Клубочковая фильтрация не снижена.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 3

Валентина 12 лет находилась на стационарном лечении в течение 1,5 месяцев по поводу хронического вторичного пиелонефрита, период обострения, рецидивирующее течение, средней степени тяжести. ФПс. Сопутствующее заболевание хронический тонзиллит, стадия декомпенсации. Выписана с клинико – лабораторной ремиссией.

- План «Д» обследования и лечения.
- Определить этапность реабилитации.

Задача № 4

Серёжа 4-х лет, **жалобы** - на нарушение мочеиспускания боли внизу живота, не мочился более суток. После теплой сидячей ванны обильно помочился. В анализе мочи выявлена лейкоцитурия – густо покрывает поле зрения. Направлен в стационар. В анамнезе - родился от 1-й берем, протекавшей с токсикозом. У бабушки по линии матери мочекаменная болезнь. Настоящее заболевание началось с повышения температуры до $37,8^{\circ}C$, появление сухого кашля, обильных слизистых выделений из носа. На третий день от начала заболевания отмечалась острая задержка мочи. При поступлении **объективно** - состояние средней тяжести, бледный, вялый. Физ. развитие с дефицитом массы 10%. Выявляются стигмы дизэмбриогенеза. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные и ритмичные. При пальпации живота отмечается болезненность над лоном и справа. Симптом поколачивания справа положительный. **Обследован: ОАМ:** уд.вес-1014, реакция кислая, кол-во-30 мл, белок-0,066%, лейкоциты густо покрывают все поле зрения, эритроциты-единичные в препарате. Бак исследование: бактерии 500000 в 1 мл, чувствительные к ампициллину; **Анализ мочи по Зимницкому:** за сутки выпито 1200 и выделено 1000 мл. Дневной диурез-450мл, ночной-550мл, колебания удельного веса – от 1004 до 1014. В биохимическом анализе крови - мочевины крови 4,5 ммоль/л, остаточный азот-16 ммоль/л **ОАК:** эр.- $4,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв-120г/л, Л- $9,4 \cdot 10^9/л$, э-10%, п.-8%, с.- 68%, мон.-3%, лимф.-20%, СОЭ-36 мм/ч; **УЗИ почек:** справа отмечается удвоение чашечно-лоханочного аппарата, слева – без патологии.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 5

Лена 8 лет. В течение ряда лет у неё наблюдаются боли в животе, изредка беспокоят боли в пояснице и головные боли. Appetit снижен, быстро устаёт в школе особенно к

концу недели. При обследовании выявлена лейкоцитурия и больная направлена в стационар.

При осмотре в стационаре отмечались бледность кожных покровов, дефицит массы тела. Зев розовый, дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий болезненный над лоном. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул нормальный.

ОАК: эр. – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 100 г/л, СОЭ – 18 мм/ч. ОАМ: Лейкоциты – 20-25 в поле зрения, бактериурия – 300 000 микробных тел в 1 мл мочи, выделена палочка протей. **Пробы по Зимницкому** выявлена никтурия, колебания относительной плотности мочи – в пределах 1002 – 1011. Суточный диурез – 1200 мл.

С помощью экскреторной урографии и микционной цистографии выявлена атония мочевыводящих путей. Двухсторонние пузырно-мочеточниковые рефлюксы, стеноз шейки мочевого пузыря.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 6

Сережа 3 года. Заболел остро. Повысилась температура до 38,9°C. Состояние резко ухудшилось, стал очень вялым, была однократная рвота, отказывается от еды.

Мочится часто, небольшими порциями, во время акта мочеиспускания беспокоится.

В анализе мочи: белок – следы, лейкоциты – сплошь в поле зрения.

Из мочи выделена кишечная палочка, титр 500.000 микробных тел в 1 мл.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 7

Катя 2,5 года, обратились к участковому врачу по поводу учащенного и болезненного мочеиспускания у ребенка, болей в животе и повышения температуры до 37,5° С.

Осмотрена хирургом, хирургическая патология исключена. Эти симптомы наблюдались в течение года дважды, и после обследования был выставлен диагноз "цистит". Лечение проводилось амбулаторно.

В анамнезе частые простудные заболевания (7 раз ОРЗ за последний год). Родители здоровы, но у бабушки со стороны мамы заболевание почек.

Объективно: масса 11,5 кг, длина 85 см. Состояние удовлетворительное. Астеническое телосложение. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы: тонзиллярные безболезненные, размером до 0,8 см, не спаянные с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Над легкими перкуторный звук легочный, выслушивается пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрасту. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный над лоном. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеспускание болезненное, 15 раз в день.

В общем анализе мочи реакция щелочная, относительная плотность мочи 1012, моча мутная, лейкоциты = 20-25, плоский эпителий = 3-5 в поле зрения. Анализ крови: СОЭ-25 мм в час, Л- $12 \times 10^9 /л$, Нв-108 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез 300 мл, ночной диурез 500 мл, колебания удельного веса 1005-1012.

УЗИ почек: размеры соответствуют возрасту, положение и подвижность обычные, отмечается уплотнение стенок чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 1

Девочка 8 лет. Наблюдается ЛОР - врачом с диагнозом «Хронический тонзиллит». До одного года отмечались умеренные проявления аллергодерматоза. В возрасте 7 лет перенесла фолликулярную ангину. Заболевание началось остро. **Жалобы:** на повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Болей в горле при глотании, сухого редкого кашля. Проводилось лечение. Через 10 дней после выздоровления состояние вновь резко ухудшилось: повысилась температура тела до 38,3 °С, появились вялость, сонливость, головная боль, анорексия; была однократная рвота. За три дня наросли отеки век, голеней, передней брюшной стенки. Заметно снизился диурез: девочка выпила около одного литра жидкости, а выделила 500 мл мочи. **При осмотре:** состояние тяжелое. Отеки лица, голеней, поясничной области. Кожа без сыпи. Зев гиперемирован, миндалины увеличены до II степени, налетов нет. Пальпируется многочисленные шейные и подчелюстные лимфоузлы. Пульс 100 уд/мин., удовлетворительного наполнения, несколько напряжен. Тоны сердца звучные. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. АД 145/100 мм рт.ст. Живот немного вздут. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см. **ОАК:** гемоглобин – 100 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,87; лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 27%, СОЭ- 44 мм/ч.

ОАМ цвет красный, реакция кислая, относительная плотность – 1027, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 20 в поле зрения, эритроциты – густо покрывают все поле зрения.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение.

Задача № 2

Петя 14-ти лет госпитализирован для планового обследования перед переводом во взрослую поликлинику. В трехлетнем возрасте после прививки АКДС появились распространенные отеки, олигурия, выраженная протеинурия (до 6 г в сутки), гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, выраженная эозинофилия.

При иммунологическом исследовании – повышение уровня Ig E и снижение уровня Ig G. В дальнейшем профилактические прививки не проводились.

В последующие годы обострений заболевания не было. В последние 2 года регулярное обследование не проводилось. АД – 120/80, ЧСС - 84 в 1 мин., ЧД – 20 в 1 мин.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Дать рекомендации по «Д» наблюдению и реабилитации..

Задача № 3

Мальчик 10 лет поступил в нефрологическое отделение детской городской больницы, повторно с диагнозом направления «Гломерулонефрит». В 9-ти летнем возрасте на фоне заболеваний ветряной оспой появились отеки лица, голени, мошонки. При дополнительном обследовании отмечалась протеинурия до 4 г/сут, гипо- и диспротеинемия, микрогематурия до 5 эритроцитов в поле зрения. В начале заболевания отмечена кратковременная гипертензия до 140/100 мм рт. ст., повышение уровня мочевины крови до 10,6 ммоль/л. Лечение преднизолоном в дозе 2 мг/кг/сут было эффективным, но при снижении дозы менее 1,5 мг/сут вновь появились протеинурия и отеки. За последний год трижды

болел ОРВИ и один раз ангиной. На фоне интеркуррентных заболеваний возникали рецидивы заболевания почек. Отечный синдром со временем становился все более стойким. При последнем обострении заболевания сохраняется протеинурия и умеренные периферические отеки, длительно сохраняется гипертензия в пределах 130-150/90-110 мм рт. ст. В анализах мочи белок – 3,3 г/л, лейкоциты 6-8, эритроциты – 5-10 в поле зрения.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 4

У Андрея 12 лет в анамнезе пищевая и лекарственная аллергия, частые ОРВИ, scarlatina, ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит.

Заболел 2 года назад, когда через 2 недели после ОРВИ появились симметричная геморрагическая сыпь на коже разгибательной поверхности конечностей, ягодиц, лице, груди: отеки лица и нижних конечностей. В анализах мочи – выраженная гематурия, умеренная протеинурия. В дальнейшем было два обострения с той же симптоматикой. Настоящее обострение развилось через 1 неделю от начала ОРВИ. При осмотре состояние средней тяжести, температура тела 37,2 °С, бледность, пастозность лица, гиперемия зева, увеличение миндалин II степени, гнойные налеты в лакунах. Пульс 108 уд/мин, АД-120/60 мм рт. ст. Тоны сердца умеренно приглушены. Дыхание везикулярное. Живот при пальпации умеренно вздут, безболезненный. Микция безболезненная, редкая. ОАК гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 21%, сегментоядерные – 48%, эозинофилы – 2%, моноциты – 16%, лимфоциты – 15%, СОЭ – 42 мм/ч. ОАМ бурая, удельная плотность – 1010, белок – 0,66 г/л, эритроциты покрывают все поле зрения.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 5

Обследован мальчик 8 лет. У матери беременность протекала с угрозой прерывания, применяли прогестерон. При сроке беременности 32 недели мать перенесла гематогенный остеомиелит. Длительно получала наркотические препараты, антибиотики. У ребенка с первого года жизни были проявления пищевой и лекарственной полиаллергии (сыпь, отек Квинке, аллергический отек гортани).

С двух лет в анализах мочи – микрогематурия, следы белка. При УЗИ выявлено уменьшение размеров обеих почек. В 5 лет после ОРВИ появились вялость, головные боли, олигурия, возникли отеки лица, голеней, передней брюшной стенки, асцит. В анализах мочи – выраженная протеинурия (более 3,3 г/л), микрогематурия, гиалиновые цилиндры. АД – 140/100 мм рт. ст. При биохимическом исследовании крови – гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия. В дальнейшем заболевание имело непрерывно рецидивирующее течение. С 6 лет отмечены задержка роста и отсутствие прибавки массы тела, носовые кровотечения. Суточная потеря белка достигла 15 г, выявлена анемия (гемоглобин – 86 г/л), сохранилась стойкая гипертензия.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 6

Госпитализирован мальчик 12 лет. **В анамнезе** – частые ОРВИ, отит. В 9 лет после ангины впервые выявлены изменения в моче: следы белка, микрогематурия. После обнаружения умеренного повышения экскреции уратов заболевание расценили как дисметаболическую нефропатию. В дальнейшем появилась вялость, головные боли. К врачу не обращались. Доставлен в стационар врачом неотложной помощи на седьмой день от начала ОРВИ в связи с резким ухудшением состояния: резкая слабость, головокружение, головная боль, бледность, холодный пот, тремор рук, рвота, пастозность лица и голеней, АД – 150/110 мм рт. ст., олигурия, макрогематурия. В анализах мочи выявлена протеинурия – 3,3 г/л, эритроциты покрывают все поле зрения.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 7

Саша 3-х лет, обратились к нефрологу с жалобами на вялость, отеки в области лица и ног, снижение аппетита, боли в животе.

Из анамнеза выявлено, что мальчик часто болеет простудными заболеваниями, а две недели назад перенес ангину. Лечение на дому: бисептол, фарингосепт, поливитамины. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, синева под глазами, веки отечны, отеки на ногах. В зеве – слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, слегка болезненны, не спаяны с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны сердца и органов дыхания патологии не выявлено. Живот мягкий при пальпации, отмечается небольшая болезненность, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе мочи: белок 14г/л, относительная плотность 1030, реакция щелочная, эритроциты до 20 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры.

В общем анализе крови: Э- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв-100 г/л, Л- $4,7 \times 10^9$ /л, СОЭ-69 мм/час. Биохимия крови: общий белок в крови 46,8 г/л.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 1

Девочка 6 лет поступила на обследование в гастроэнтерологический центр с **жалобами** на боли в животе в течение 6 мес. с нечеткой локализацией (в эпигастрии, вокруг пупка), отрыжку воздухом, снижение аппетита, беспокойный сон. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей, обычного цвета, со склонностью к запорам.

Из анамнеза: режим питания в семье не соблюдают, часто употребляют консервированные и копченые продукты. Отец постоянно покупает девочке сухие концентрированные соки, газированные напитки, отец страдает хроническим гастродуоденитом длительное время. На первом году жизни девочка наблюдалась невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии. С двухмесячного возраста на искусственном вскармливании. Дисбиоз кишечника до 1,5 лет. В возрасте 5 лет 6 мес. начала посещать детский сад. Отношение к детскому саду отрицательное (конфликт с детьми в группе). При обследова-

нии в гастроцентре: неотчетливая болезненность вокруг пупка и в эпигастральной зоне; анализы кала на яйца глистов и лямблии отрицательные;

ФГДС – «поверхностный антральный гастрит»; УЗИ ЖКТ – «реактивные изменения в поджелудочной железе».

- Поставить предварительный диагноз;
- Составить схему дополнительного обследования, для уточнения диагноза;
- Назначить лечение данному больному с указанием доз, способов введения препарата и длительности курса лечения.

Задача № 2

Мальчик 13 лет поступил в отделение ЛОР по поводу острого синусита. **Жалобы:** с 10-летнего возраста мальчика беспокоят боли ноющего характера в эпигастральной области, связанные с жареной пищей и приемом газированных напитков, чувство тяжести в верхней половине живота. Часто возникает отрыжка пищей, тухлым, «урчанием и переливанием» в животе, неустойчивый стул. Изжоги не бывает, аппетит снижен. Обострения не зависят от времени года, а возникают при эмоциональном перенапряжении, после обильной еды. К врачу никогда не обращался. Мать иногда давала ребёнку фестал и альмагель. **В анамнезе:** мать больного страдает хроническим гастритом с секреторной недостаточностью. У ребёнка на первом году жизни был дисбиоз кишечника. Неоднократно возникали заболевания по типу острого гастроэнтерита, получал левомицетин. При осмотре у мальчика астеническая конституция, питание снижено, бледен, тени под глазами, признаки ваготонии. При пальпации живота выявлены умеренная болезненность в эпигастральной области, урчание вокруг пупка. Язык обложен густым белым налетом. Сердце и легкие без патологии.

- Ваш предположительный диагноз?
- Составить план лабораторного и инструментального обследования
- Назначить лечение ребёнку по имеющимся клиническим симптомам, с указанием доз, кратности лекарственных средств.

Задача № 3

Девочка 6 лет, воспитанница детского приюта, поступила в больницу на обследование **с жалобами** на боли в животе, голодные и поздние, через 1,5-2 часа после еды, связанные с погрешностью в диете, чувство быстрого насыщения, изжогу, запоры. Боли беспокоят в течение 2 мес. При **объективном** исследовании ребёнок пониженного питания. Кожа сухая, с гиперкератозом, волосы и ногти тусклые и ломкие. Кайма губ яркая, угловой хейлит. Умеренная болезненность в эпигастральной области и правом подреберье, в точке желчного пузыря. Увеличение печени до 2 см ниже реберного края. Пальпируется плотная, безболезненная сигмовидная кишка. Стула не было 2 дня. **Лабораторно:** Яйца глистов, лямблии и острицы не обнаружены. УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь несколько увеличен в размерах, с поперечной перетяжкой. Внутривенная рН-метрия: базальная рН в теле желудка – 1,9, в антральном отделе – 2,3; стимулированная гистамином в теле – 1,4 в антруме – 1,8. Заключение: усиление кислотно-образующей функции желудка. Декомпенсированное непрерывное кислотообразование. При проведении ФГДС выявлены диффузная гиперемия, отек слизистой оболочки желудка, в антральном отделе. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, слегка отечна. Эрозий и язв не обнаружено.

- Поставить предварительный диагноз;
- Составить схему дополнительного обследования, для уточнения диагноза;
- Назначить лечение данному больному с указанием доз, кратность введения препарата и длительности курса лечения.

Задача № 4

Девочка 10 лет жалуется на боли в животе около пупка, в эпигастральной и пилорoduodenальной области. Боли поздние и голодные, тупые, ноющие, продолжительностью до 2 ч. Болеет в течение года. Сезонность болей неотчетлива. Наследственность: у матери хронический гастродуоденит, у бабушки по материнской линии язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В полугодовом возрасте был стафилококковый энтероколит, по поводу которого получала антибиотики. Искусственное вскармливание с 4 мес. До 2 лет сохранялся дисбактериоз кишечника II степени. В возрасте 3 и 8 лет перенесла острую кишечную инфекцию неясной этиологии, лечили ампициллином без контроля врача. Страдает аллергодерматозом с пищевой сенсibilизацией (цитрусовые, шоколад, рыба). Режим питания не соблюдают (бутербродное питание). Ребенок посещает английскую школу, занимается музыкой и живописью (6 раз в неделю), часто пропускает уроки физкультуры.

- Ваш предположительный диагноз?
- Составить план лабораторного и инструментального обследования
- Назначить лечение ребёнку по имеющимся клиническим симптомам, с указанием доз, кратности лекарственных средств.

Задача № 5

Мальчик 12 лет с хроническим гастродуоденитом, диагностированным с 10-ти летнего возраста, поступает с обострением для уточнения активности воспалительного процесса и лечения. При исследовании секреторной функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии с использованием зондов Линара рН базальной секреции в теле желудка составила 1,3, а стимулированная – 1,1; рН базальной секреции в антральном отделе – 2,0, а стимулированная – 1,6. На УЗИ ЖКТ: «б-образная» деформация желчного пузыря. Уплотнение стенок желчного пузыря. Неоднородное содержимое желчного пузыря. Расширение внутрипеченочных желчных протоков до 1,5 мм. На момент осмотра ребенок предъявляет жалобы на ранние боли в эпигастрии и чувство тяжести в правом подреберье после еды, на фоне физической нагрузки; чувство горечи и кислый привкус во рту после еды. Аппетит сохранен. Объективно определяется болезненность в эпигастрии и зоне Шоффара; болезненность в точке Кера, положительный симптом Ортнера-Грекова справа. Размеры печени увеличены на 1,5 см ниже реберного края. Симптом Георгиевского-Мюсси справа положителен.

- Поставить предварительный диагноз;
- Составить схему дополнительного обследования, для уточнения диагноза;
- Назначить лечение данному больному с указанием доз, кратности введения лекарственных средств.

Задача № 6

Мальчик 14 лет страдает хроническим гастродуоденитом с 9-ти летнего возраста. Наследственность отягощена: у бабушки по отцу и у отца язвенная болезнь. Дедушка умер от прободной язвы желудка. Ребенок наблюдается и лечится в поликлинике по месту жительства. За последний год наблюдается ухудшения состояния. Стал более раздражительным, сон беспокойный, появилась отчетливая сезонность обострений, мойнигановский ритм болей. Последние 2 недели беспокоят интенсивные приступообразные боли в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне, с иррадиацией в спину, ночные, натощак, позднее; иногда возникает рвота, без примесей крови. Положительный симптом Менделя. Фиброгастродуоденоскопия: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. На слизистой оболочке луковицы овальной формы дефект размером 1,5 см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями.

- Поставить предварительный диагноз;
- Составить схему дополнительного обследования, для уточнения диагноза;

-Назначить лечение данному больному с указанием доз, с указанием доз, кратности введения лекарственных средств.

Задача № 7

Больной 15 лет. Обследован в гастрологической отделении по поводу болей в эпигастальной и пилорoduоденальной областях.

Внутрижелудочная рН-метрия выявила усиление кислотообразующей функции тела желудка: рН базальной секреции – 1,4, стимулированной – 1,1.

Фиброгастроскопия: диффузная гиперемия и отек слизистой оболочки желудка, гиперплазированные лимфоидные фолликулы в антральном отделе, пятнистая гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки.

Проведение уреазного теста и иммуноферментного анализа выявило НР (*Helicobacter pylori*).

- Установить диагноз;
- План дополнительного обследования;
- Назначьте лечение с указанием конкретных доз, кратности введения препарата и длительности курса лечения;
- Определите план диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий.

Задача № 8

При инструментальном исследовании **ребёнка 13 лет** с диагнозом направления «хронический гастрит» выявлены изменения при внутрижелудочной рН –метрии:

Рн базального секрета – 3,9;

РН стимулированного гистамином в дозе 0,008 мг/кг – 2,7.

Признаки гипоацидного состояния.

При фиброгастродуоденоскопии слизистая желудка бледная, истончена, сглаженность складок желудка очагового характера. Гистологическое исследование биоптата из тела желудка: субатрофический гастрит.

Каков диагноз?

Назначьте лечение.

Задача № 9

Больной 13 лет. Обращался к участковому педиатру дважды за полтора года, не обследован. **Беспокоят** боли ноющего характера, длительные, натошак и через 1,5 – 2 часа после еды, часто проходят после приема пищи. Боль локализуется в эпигастальной и пилорoduоденальной областях. Боль усиливается от физической и эмоциональной нагрузки. Летом чувствует себя здоровым. Иногда возникает тошнота, часто изжога, рвоты не было. Аппетит сохранен. Стул со склонностью к запорам. Подросток раздражителен, часто устает, беспокоят головные боли, ухудшилась успеваемость в школе. При **объективном исследовании**: питание снижено, кисти и стопы холодные, влажные Пульс 58-60 уд./мин, АД- 95/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом с отпечатками зубов по боковой поверхности, разлитая болезненность в эпигастальной области и пилорoduоденальной зоне.

- Установить диагноз;
- План дополнительного обследования;
- Назначьте лечение с указанием конкретных доз, кратности лекарственных средств.;
- Определите план диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий.

Задача № 10

Девочка 9 лет поступила в клинику с **жалобами** на приступ резчайших болей в животе, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Ребёнок живет в семье, где трое детей болели лямблиозным и холециститом и регулярного лечения не получали. Страдает лямбли-

озным ангиохолециститом (холецистохолангитом) с трехлетнего возраста. В первый год болезни приступы возникали 2-3 раза в месяц и были настолько мучительными, что каждый раз думали о хирургическом заболевании. Через год острые приступы прекратились, но осталась почти постоянная ноющая боль. В последующие 6 лет сохранялись симптомы интоксикации: частая тошнота и головная боль, субфебрилитет, упорная анорексия, потливость, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость, периодически отмечали проявления нейродермита в локтевых сгибах. **Объективно:** отставание в физическом развитии, все соответствует возрасту 6-7 лет.

При пальпации живота: печень увеличена на 2 см, резко выражены пузырьные симптомы. Сердце и легкие без патологии. При исследовании кала обнаружены цисты лямблий.

- Поставить предварительный диагноз;
- Составить схему дополнительного обследования;
- Назначить лечение данному больному с указанием доз, кратности лекарственных средств.

Задача № 1

Ребенок 9 лет. Страдает в течение 4-х лет сахарным диабетом. Лечение инсулином и диетой. Пять дней тому назад заболел пневмонией, на фоне которой появились жажда, слабость, затем ухудшился аппетит, появились тошнота, боли в животе.

Явления нарастали. Появились сонливость, заторможенность, потеря сознания.

Объективно: больной без сознания. Кожные покровы сухие. Губы сухие, ярко-красные. Язык сухой, обложен коричнево-белым налётом, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Дыхание Куссмауля. Гипотония мышц и глазных яблок. Тоны сердца ритмичные, ослаблены, тахикардия – 120 в 1 минуту, пульс очень слабого наполнения.

АД – 70/40 мм рт. ст. Уровень глюкозы крови 29 ммоль/л, в моче 5%, ацетон (+++).

- Ваш диагноз?
- Принципы лечения.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 2

Ребёнок 6-ти лет. Мать обратилась к врачу с жалобами. За последние две недели начала замечать, постоянно, несколько раз ночью ходит в туалет, пьет много воды, похудел.

В анамнезе перенес ветряную оспу, эпидемический паротит, часто болел ОРВИ. Рост и развивался нормально.

Объективно: Кожные покровы бледные, на щеках румянец, кожа сухая, шелушение на подошвах, голених, тургор снижен. Губы и язык ярко-красные и сухие. Со стороны внутренних органов без особенностей. Запах ацетона изо рта.

- Предварительный диагноз и его обоснование.
- Необходимое обследование.
- Лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.
-

Задача № 3

Ваня К. 10 лет. В 8 часов утра было введено 26 ед. суспензии инсулин-протамина.

От завтрака отказался. Накануне вечером отмечалось недомогание. Через час после инъекции появились слабость, сонливость, головокружение, головная боль, кратковременно терял сознание. При поступлении в стационар состояние нарушено, заторможен, на вопросы не отвечает, температура нормальная. Дыхание ритмичное, не изменено. Кожные покровы бледные, влажные. АД – 105/60 мм рт. ст. Видимые слизистые обычной окраски, влажные, язык влажный. Пульс 82 уд. в 1 минуту, ритмичный. Со стороны внутренних

органов без особенностей. Сухожильные рефлексы повышены. При исследовании в приемном отделении сахар в моче отсутствует.

- Предварительный диагноз.
- Возможные причины возникновения данного состояния.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Задача № 4

Ребёнок 4-х лет. Через неделю после перенесенного гриппа начали отмечать жажду, сухость во рту, ночное недержание мочи, похудел. В семье бабушка болеет сахарным диабетом.

Объективно: ранее была ацетонемическая рвота, кожа сухая, зев чистый, миндалины гипертрофированы. Язык сухой, обложен белым налётом. Губы сухие, красного цвета. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ослаблены. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см. При обследовании уровень глюкозы крови 17 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче резко положительный.

- Ваш диагноз.
- План обследования.
- Лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

Раздел «Неотложные состояния с нарушением функции дыхания, гемодинамики и неврологическими расстройствами».

ЗАДАЧА № 1

Аркаша 1 год 3 месяца, направленного с диагнозом ОРВИ, при осмотре в приемном отделении на слизистой рта обнаружены пятна Филатова-Коплика.

- Поставьте диагноз.
- Что делать с ребёнком?
- Составьте план противоэпидемических мероприятий.

ЗАДАЧА № 2

Участковый врач пришел по вызову к 2-х летнему ребёнку. Ребёнок посещает ясли, болен 2-й день. Повысилась температура тела до 37,2⁰С, кашель. На неизменном фоне кожи и в части головы, появилась необильная, мелкая пятнисто-папулезная и везикулярная сыпь. В зеве гиперемия. Дыхание жесткое, сердце в норме. На следующий день число элементов увеличилось. В семье ещё один ребёнок, посещающий детский сад.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.
- Когда ребёнок может быть допущен в детский коллектив?
- Ваши противоэпидемические мероприятия.

ЗАДАЧА № 3

Тарас 8 лет заболел вечером: повысилась температура до 39⁰С, появились боли в горле, однократная рвота, на следующий день появилась сыпь. При поступлении в клинику (2-й день болезни) отмечалась вялость, анорексия, обильная точечная сыпь на туловище, конечностях, преимущественно в складках кожи. В зеве отек миндалин, яркая ограниченная гиперемия. Язык обложен густым беловато-желтым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 136 в 1 минуту. Живот мягкий. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Стул и мочеиспускание в норме. Анализ крови: Эр-3,8 · 10¹²/л, Нв-130 г/л, ЦП-0,9, Л-12 · 10⁹/л, э-1%, п-4%, с-78%, Л-12%, м-4%, СОЭ - 28 мм/час.

- Сформулируйте предварительный диагноз.

- Какие противоэпидемические мероприятия в очаге?
- Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями?
- Составьте конкретный план лечения с указанием доз.

ЗАДАЧА № 4

Петя 6 лет заболел остро, появилась температура тела до 39⁰С, головная боль, два раза была рвота. При поступлении в стационар выявлена припухлость в правой и левой околоушной области умеренной плотности и болезненности, менингеальные симптомы не определяются. В зеве гиперемия, на слизистой отечность слюнного протока. Внутренние органы без патологии. Живот мягкий, мочится свободно.

- Поставьте диагноз.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 5

На прием к врачу поликлиники привели Даника 5-ти лет, который 30 минут ждал очередь около кабинета. **Жалобы** на повышение температуру, небольшую боль в горле при глотании. **При осмотре:** умеренная гиперемия в зеве, миндалины сочные, наложения в виде толстых плотных бело-серых налетов, плохо снимающихся, в местах снятия кровоточат. Мальчик привезен из села 2 недели назад. Сведений о прививках нет. Контакт с инфекцией отрицают.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Решить вопрос о лечении.
- План противоэпидемиологических мероприятий.

ЗАДАЧА № 6

Слава 7 лет, заболел остро, когда повысилась температура до 37,4⁰С. **При осмотре** выявлена умеренная разлитая гиперемия слизистой зева, умеренные слизистые отделяемое из носа, увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов. На спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей ярко розовая мелкопятнистая сыпь, на неизменном фоне кожи. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, Печень пальпируется у края реберной дуги. **Анализ крови:** (2-й день болезни) – Л-10,0•10⁹/л, Э-4%, с-43%, Л-50%, М-1%, СОЭ- 8мм/час.

- Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 7

Света 10-ти лет больна 2-й день. Обратились к врачу с **жалобами** на кашель, сухой, непродуктивный, повышение температуры до 39⁰. В **анамнезе** – девочка развивалась по возрасту, прививки согласно графика. Со слов были в деревне, где были в контакте с больным ребёнком у которого сыпь была по всему телу. **При осмотре** – состояние ребёнка средней тяжести, бледная, вялая, отказывается от еды, выраженные катаральные явления в носоглотке, слизистая дёсен и щек рыхлые с белесоватыми пятнами. Глаза отекшие с явлениями конъюнктивита. Из носа обильные выделения прозрачной слизи. Дыхание в лёгких жесткое, выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Перкуторно без изменений. Тоны сердца ясные, учащены. Живот умеренно вздут, безболезненный, мочится мало, редко.

- Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 8

Оля 5 лет обратились к врачу по поводу появления сыпи по всему телу. **Из анамнеза** – девочка больна 3-й день, была температура тела $37,5^{\circ}$, редко кашляет, в детском саду случай В/о. **При осмотре** – состояние ребёнка удовлетворительное, в зеве умеренный катар, по всему телу и волосистой части головы отмечается везикулопапулёзная сыпь, дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные, живот мягкий.

- Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 9

Максим 9 лет болеет краснухой. На 8-й день от заболевания пришли в поликлинику для выписки в школу. **При осмотре** - у ребёнка температура тела $39,4^{\circ}$, ЧСС – 106 в 1 мин., резкая головная боль, ребёнок возбужден, судорожные подергивания мышц лица. В зеве гиперемии нет, язык чистый. Отмечается визуальная асимметрия носа губной складки слева. Кожа сухая, сыпи нет. Дыхание в лёгких жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, учащены. Живот мягкий. Менингеальные знаки положительные.

- Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 1

Таня 11 лет поступила в стационар на 3-й день болезни с **жалобами** – на боль в горле при глотании, затрудненное носовое дыхание, повышение температуры тела до 38° . **В анамнезе** – заболевание началось с повышения температуры до $39,5^{\circ}$, болей в горле, получала лечение амбулаторно ампициллином. Прививки с 5-ти лет не проводились. Перенесла В/оспа, Э/паротит. **При осмотре** – состояние тяжелое, ЧСС – 100 в 1 мин, ЧД – 26 в 1 мин, бледная, вялая, выражены симптомы интоксикации. В зеве гиперемия с синюшным оттенком, отечность миндалин и язычка. На миндалинах, в душках, в мягком нёбе отмечается налёт грязно-серого цвета, который снимается с трудом, а после снятия отмечаются кровоточащие участки. Отмечается отечность подкожной клетчатки в области шеи которая распространена до ключиц. Дыхание жестковатое. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, мочится безболезненно.

- Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 2

Коля 10 лет доставлен в спецстационар из сельской больницы в тяжелом состоянии. **В анамнезе** – болел около 2-х недель, заболевание началось с болей в горле, «опухла» шея. Фельдшер назначил лечение от ангины. **При осмотре** – состояние тяжелое, ЧСС – 140 в 1 мин, АД -90/60, температура тела нормальная, резкая бледность, выраженная слабость, в зеве определяется умеренная гиперемия, отек миндалин, налёта нет. Дыхание везикулярное, тоны сердца глухие, выраженный систолический шум, определяется расширение границ сердца в лево. Живот мягкий, Печень пальпируется до 4 см., болезненная, мочится достаточно.

- Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 3

Саша 6 лет кашляет сухим кашлем в течении 2-х недель. При лечении домашними средствами состояние не улучшается, кашель усилился, стал навязчивым, приступообразным. **В анамнезе** - отмечается аллергическая реакция на продукты питания и медикаменты, из-за чего ребёнок не получал прививки по возрасту. В детском саду отмечаются случаи коклюша. **При осмотре** - состояние средней тяжести, вялый, температура тела нормальная. В зеве отмечается умеренная гиперемия миндалин и дужек, на языке имеютсяссадины от нижних зубов. В легких дыхание жестковатое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Стул и мочеиспускание в норме.

- Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

ЗАДАЧА № 4

Наташа 1 год поступила в инфекционное отделение через 2-е недели от начала заболевания на сухой приступообразный кашель. **В анамнезе** - ребёнок от нормальной беременности, жила в деревне, прививки получала с 11-ти месяцев. Заболевание началось с сухого кашля, который в течении 10-ти дней участился, стал сухим, упорным, приобрел приступный характер с репризами. Ребёнок получал лечение от ОРЗ. **При осмотре** - состояние средней тяжести, температура тела $37,4^{\circ}$, лицо одутловатое, в склерах обеих глаз отмечаются кровоизлияния. В зеве умеренная гиперемия, миндалины чистые. Дыхание в легких жесткое, выслушиваются сухие рассеянные хрипы, перкуторно отмечается коробочный оттенок звука в латеральных отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. В семье ещё 2-е детей 3-х и 12-ти лет.

- Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение конкретному больному.

Раздел Состояния, угрожающие жизни ребёнка. Острые аллергические реакции.

Задача № 1

В детскую больницу доставлен СМП ребёнок 3-х лет с **жалобами** на инспираторную одышку, сильный приступообразный кашель. Из **анамнеза** выяснено: что ребёнок играл с бусами без присмотра взрослых. Внезапно у ребёнка появился приступообразный кашель, затрудненное дыхание. **При осмотре:** состояние тяжелое, температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$, выявляется цианоз носогубного треугольника, западение межреберных промежутков справа, втяжение уступчивых мест. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в возрастной норме. ЧСС 130 в 1 минуту, тоны сердца приглушены. При сравнительной перкуссии легких определяется укорочение перкуторного звука справа на всем протяжении, при аускультации – в той же области резко ослабленное дыхание, над остальными участками лёгких – пуэрильное дыхание. Аллергический анамнез – без особенностей. Живот мягкий без патологии.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 2

Ребёнок 7 лет с неотягощенным аллергическим фоном, заболел остро, жаловался на боли в горле. Ночью в течение нескольких часов состояние ухудшилось, температура тела достигла 40°C , нарастает инспираторная одышка. Ребёнок беспокоен, голос не изменен, кашель сухой, глотание любой пищи, даже слюны затруднено, резко болезненно. ЧД – 60 в 1 мин. При осмотре ротоглотки – корень языка вишнево-красного цвета, отёк надгортанника, выраженная отечность слева. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, не спаяны, кожа над ними не изменена. Дыхание в легких везикулярное ослабленное, перкуторный звук не изменен. ЧСС – 120 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий без патологии.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 3

У ребёнка 3-х лет после контакта с больным ОРВИ повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, ухудшился аппетит, появилась вялость, обильные серозно-слизистые выделения из носа, нарушение носового дыхания, грубый лающий кашель. При осмотре участковым педиатром выявлена гиперемия нёбных дужек, отёчность, зернистость, гиперемия задней стенки глотки. Была назначена симптоматическая терапия. На 4-е сутки заболевания ночью состояние ребёнка ухудшилось: температура тела повысилась до 39°C , появилось шумное дыхание с втяжением межребёрных промежутков, раздуванием крыльев носа, напряжением шейных мышц, одышка инспираторного характера. Голос стал сиплым, вплоть до афонии. Кашель грубый, «лающий». При осмотре кожные покровы влажные, чистые, цианоз носогубного треугольника. ЧД – 60 в 1 мин. при аускультации жесткое дыхание, масса хрипов сухих и проводных. ЧСС – 140 в 1 минуту, границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца несколько приглушены, учащены. Живот мягкий без патологии.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 4

У ребёнка 6-ти лет во время приема твердой пищи внезапно появился приступообразный кашель, затрудненное дыхание с быстрым развитием асфиксии, ребёнок потерял сознание.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 5

У ребёнка 2-х лет после длительной прогулки в прохладную погоду вечером поднялась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, снизился аппетит, ребёнок стал вялым, капризным, появился грубый «лающий» кашель, обильный насморк, осиплость голоса. Ночью состояние ухудшилось: присоединилась умеренно выраженная инспираторная одышка с втяжением яремной ямки, ЧД – 40 в 1 минуту. Над лёгкими ясный легочный звук, жесткое дыхание. ЧСС – 140 в 1 мин., тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий без патологии.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 6

Никита 11 месяцев, доставлен СМП в тяжелом состоянии, без сознания, генерализованные судороги, температура тела $39,5^{\circ}$. **Объективно** состояние тяжелое, температура тела $39,7^{\circ}$, без сознания, судорожные подергивания, резкая бледность с периферическим цианозом, дыхание учащено, ЧД 56 в 1 минуту. При аускультации со стороны дыхания патологии не выявлено. Тоны сердца приглушены, учащены, ЧСС 160 в 1 минуту. Живот при пальпации умеренно вздут, безболезненный. Менингеальные знаки сомнительные. **В анамнезе** болеет 7 дней, лечился по поводу ОРЗ, отита, состояние улучшилось, но 3-и дня назад отмечается ухудшение, лихорадка до 40° , появились судороги, вызвали СМП.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 7

К мальчику 11-ти лет вызван СМП. **При осмотре** состояние тяжелое, спутанность сознания, цианоз, одышка смешанного характера с ЧД до 60 в 1 минуту, обильное выделение пенистой мокроты розового цвета, ЧСС- 140 в 1 минуту, пульс слабого наполнения, тоны сердца глухие, систолический шум. В легких ослабленное везикулярное дыхание, обилие влажных разнокалиберных хрипов, перкуторно укорочение звука на всем протяжении с обеих сторон. От ребёнка исходит резкий запах бензина.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 8

Ребенок 6 лет госпитализирован в стационар с **жалобами** на навязчивый, приступообразный сухой кашель, чувство сдавления в груди. Ухудшение самочувствия родители связывают с ремонтными работами в доме, контакт с лаками и красками. Из **анамнеза** известно, что мальчик с 6 мес. страдает пищевой аллергией на молоко, яйца, рыбу, бананы, часто болеет ОРЗ, бронхитами. Состоит на «Д» учете по бронхиальной астме с 5 лет, приступы возникают 2-3 раза в месяц. У мамы и бабушки медикаментозная, пищевая аллергия, крапивница. **При осмотре:** состояние средней тяжести, сидит, упираясь руками о стул, дыхание шумное, свистящие хрипы слышны дистанционно. Кожные покровы бледные, раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника. Ч/Д 40 в минуту. Над легкими при перкуссии коробочный звук, выслушиваются сухие, свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС 120 уд. в мин. В контакт вступает неохотно, отвечает короткими фразами, с трудом.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 9

Алена 1,5 года доставлена СМП с **жалобами** на одышку, грубый, частый, непродуктивный кашель, осиплый голос. **В анамнезе:** больна 2 дня, контакт в доме с больными гриппом. **При осмотре:** состояние тяжелое. Температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, ЧД – 48 в 1 минуту, Ps 150, бледная, цианоз носогубного треугольника, дыхание шумное слышно на расстоянии, одышка инспираторного характера, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение яремной ямки. В зеве яркая гиперемия, вирусная зернистость. В легких при аускультации жесткое дыхание, хрипы сухие и влажные рассеянные, перкуторно коробочный легочный звук. Тоны сердца ритмичные, учащены, систолический шум. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 10

Врача вызвали к ребенку 3-х летнего возраста. Со слов мамы, болен 2-ой день, заболевание началось с повышения температуры до 38,5оС. На второй день появились боли в горле, покашливание, отказ от еды, держится лихорадка. При **осмотре** состояние средней тяжести, t - 39оС, малыш негативен к осмотру, капризничает. Кожные покровы чистые, розовые, горячие, влажные. В зеве яркая гиперемия дужек, миндалин, гипертрофия фолликул задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднительно, без экссудата, отмечается гиперемия склер, конъюнктивы глаз. Пальпируются передние – шейные, подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, ЧД 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 140 уд в мин. Живот мягкий безболезненный. Стул оформлен, мочеиспускание свободное. Менингеальные знаки отрицательные.

- Сформулируйте предварительный диагноз;
- Определите критерии неотложного состояния и обоснуйте их;
- Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Государственное образовательное учреждение высшего образования «ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

Примерные/ тренировочные ситуационные задачи для подготовки обучающихся к промежуточной аттестации (экзамену) V курса

ЗАДАЧА № 1

Сережа 5,5 лет, на Д учете по БА. В анамнезе у матери бронхиальная астма. В три года заболел бронхитом, по поводу которого был назначен пенициллин. На второй день лечения этим препаратом у ребёнка появилось затрудненное дыхание со свистом, слышимым на расстоянии выдохом, кашель с трудной отделяемой мокротой. Состояние улучшилось через два дня после отмены пенициллина и назначение сальбутамола и супрастина. Аналогичный приступ повторился в четыре года после приёма внутрь ампициллина в связи с острым бронхитом. В последующем приступы участились и возникали на запахах рыбы, употребление клубники. На фоне повторных ОРВИ. приступы затрудненного дыхания у ребёнка отмечаются 3 – 4 раза в месяц, купируются ингаляциями сальбутамола или приемом эуфиллина внутрь. При **осмотре** бледный, дыхание затруднено, выдох удлинен, частый кашель непродуктивный, при аускультации жесткое дыхание, масса сухих и влажных крупнокалиберных хрипов, перкуторно коробочный звук на всем протяжении. Тоны сердца учащены, приглушены. Живот без особенностей.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 2

Саша 6 лет, обратился по поводу одышки, затрудненного выдоха, частый кашель, который появился ночью. **В анамнезе** - родился от второй нормально протекавшей беременности с массой тела 5500г. На грудном вскармливании до 7 мес. С первого года жизни у ребёнка частые ОРВИ и бронхиты. С 3-х лет часто болеет ОРВИ, в 4 года после перенесенного бронхита впервые развился приступ бронхиальной астмы. В последующем приступы затрудненного дыхания возникали либо на фоне повторных ОРВИ, бронхитов, либо обострения хронического тонзиллита. **При осмотре** - состояние ребёнка средней тяжести, вынужденное положение сидя, бледный, определяется одышка экспираторного характера, грудная клетка «бочкообразной» формы, участвуют межрёберные промежутки в акте дыхания. Перкуторно определяется коробочный звук на всем протяжении. Физикально выслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот без особенностей.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 3

Маша 6 лет, **в анамнезе** - с 2-х летнего возраста болеет простудными заболеваниями по 4 – 6 раз в год. Три часа назад у ребёнка повысилась температура тела до 38⁰С, появился сухой кашель, сопровождающийся болями в горле. Участковый врач **при осмотре** отметил гиперемию и зернистость задней стенки глотки. На вторые сутки ночью возник приступ удушья, который ликвидировался после инъекции адреналина. На 3-й день возник второй приступ удушья, и ребёнок был доставлен в стационар. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 37,2⁰С. Выражена одышка смешанного характера с преобладанием экспираторного компонента и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, дыхание шумное, слышное на расстоянии, 30 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка вздута, увеличена в передне-заднем размере, межреберные промежутки расширены, над легкими перкуторно определяется коробочный звук, при аускультации – ослабленное дыхание, много сухих, свистящих, жужжащих, а также крупно- и мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Живот без особенностей.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте обследование.
- Назначьте лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 4

Ребёнок 1 год 10 месяцев с легочной формой муковисцидоза заболел остро:

Жалобы: фебрильная температура тела, вялость, заторможенность, отсутствие аппетита, двукратная рвота после кормления. Кашель стал частым, мокрота отделяется с трудом, зеленовато-желтого цвета. **Объективно:** одышка смешанного генеза с частотой дыхания 46-48 в 1 минуту. Ps 150 в 1 минуту. Состояние ребёнка тяжелое вследствие выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Над легкими перкурторный звук с коробочным оттенком, укорочение в подключичной области справа. При аускультации много сухих, а в верхних отделах справа – влажных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены. Выслушивается систолический шум. Живот безболезненный, печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Менингеальные симптомы отсутствуют. Дефицит массы тела 15%. **Обследование:** Анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 98 г/л, цветной показатель – 0,87, лейкоциты – $7,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные –

16%, сегментоядерные – 39%, лимфоциты-40%, эозинофилы-2%, моноциты-3%, СОЭ-18 мм/ч. На рентгенограмме ОГК определяются очаговые тени в верхушечных сегментах справа. Через 2 дня на повторных рентгенограммах в верхней доле справа очагово-сливные тени занимают 3 сегмента, видны множественные, мелкие очаги просветления на фоне инфильтрации.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 5

Ребёнок 9-ти лет. Болен 5 дней. **Жалобы** на появление редкого сухого кашля, который затем усилился и стал влажным. На 3-й день болезни поднялась температура тела до 37,6⁰. **Объективно:** При поступлении состояние средней степени тяжести, самочувствие удовлетворительное. Температура тела 37,1⁰. Число дыханий – 24 в 1 минуту. Мальчик активен. Appetit сохранен. Кожные покровы слегка бледные. Отмечается умеренный цианоз носогубного треугольника. Перкуторно над лёгкими звук с коробочным оттенком, укорочен паравертебрально с обеих сторон. Аускультативно-жесткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы и крепитация в умеренном количестве с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота пульса – 95 в 1 минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 6

Ребёнок 6 лет. **Жалобы:** болеет острым респираторно-вирусным заболеванием в среднетяжелой форме. На 5-й день болезни наступило ухудшение: температура тела повысилась до 39⁰С, кашель стал частым и влажным. Появились слабость и потливость. Исчез аппетит, нарушился сон. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, боли в животе справа. **Объективно:** Состояние средней тяжести. Кожа бледная, носогубный треугольник с сероватым оттенком, в дыхании участвуют крылья носа. Пульс – 139 уд/мин, ритмичный. Частота дыхания – 34 в 1 минуту. При перкуссии легочный звук с укорочением под углом правой лопатки, там же – ослабленное жесткое дыхание, постоянные мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет, границы сердца соответствуют возрасту. Живот мягкий, слабо болезненный в правом подреберье при глубокой пальпации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Физиологические оправления в норме.

- Поставить диагноз и обосновать его;
- План обследования;
- Назначить лечение;
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 7

Девочка 11 лет находилась на лечении в местном санатории, куда была переведена через 1,5 месяца от начала острой ревматической лихорадки (ОРЛ), протекавшей с миокардитом. Самочувствие было удовлетворительным, жалоб не предъявляла. Через 4 недели после ОРВИ появились **жалобы** на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита и сна, боли в ногах, субфебрилитет. Девочку вновь перевели в кардиологическое отделение городской больницы. **При осмотре:** бледная, вялая, Т - 37,5, ЧД – 24 в 1 мин., ЧСС – 110 в 1 мин. Лечащим врачом отмечено при пальпации усиление сердечного толчка и сдвиг

его влево, перкуторно расширение границ сердца и изменения аускультативных данных со стороны сердца. Выслушиваемый раннее систолический шум приобрёл дующий характер, лучше выслушивается в четвертом межреберье, слева у края грудины. Шум постоянный, почти не изменяется от перемены положения тела. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. **Лабораторно:** анализ крови СОЭ-20мм/ч, С - реактивный белок ++, сиаловые кислоты 360, антистрептолизин О+++. На ФКГ шум высокочастотный, занимает 2/3 систолы, по форме овальный, затухающий. На эхокардиограмме: Изменение створок (утолщение, «лохматость»), увеличение размеров левых камер сердца, высокая амплитуда открытия митрального клапана.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 8

Мальчик 9 лет. Родители обратились к педиатру с **жалобами** на то, что за последние три недели у ребёнка нарушился сон, появилась плаксивость, рассеянность, ухудшилась успеваемость в школе, изменился почерк (небрежность, затруднения при письме). Движения стали размашистыми, порывистыми, особенно при волнении. **В анамнезе:** 1,5 месяца назад перенес лакунарную ангину, после которой периодически наблюдался субфебрилитет в течении месяца. **Объективно:** Ребёнок бледный, при разговоре с врачом «прищелкивает» языком, гримасничает. Движения рук размашистые. Отмечены мышечная гипотония, симптом «дряблых плеч», нарушения координации движений при выполнении коленно-пяточной пробы и при пальценосовой пробы промахивание. Невропатолог поликлиники выявил нарушение сухожильных рефлексов – асимметрия и неравномерность, рефлекс Гордона (тоническое сокращение четырехглавой мышцы при вызывании коленного рефлекса) положительный. При выслушивании сердца небольшое приглушение тона. Рс 100 в 1 минуту, перкуторно границы сердца в норме. Дыхание везикулярное, Живот без патологии. Физиологические отправления в норме.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 9

Девочка 14 лет обратилась к врачу с **жалобами** на утомляемость, плохой тревожный сон, раздражительность, боли в области сердца колющего характера.

В анамнезе - часто болеет ОРЗ и ангинами, плохо кушает, физическое развитие по гипосоматическому типу, необщительна, любит больше читать. Лечение получает амбулаторно. **Объективно:** астенического телосложения, бледная, в зеве гипертрофия миндалин, дыхание везикулярное, хрипов нет, определяется дыхательная аритмия. Перкуторно границы сердца не расширены. При аускультации тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум в V т. функционального характера. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 10

Света 6-ти лет, **жалобы:** Мать обратила внимание, что у девочки на коже туловища и конечностей появились обширные и мелкие синяки, периодически носовое кровотече-

ние. В анамнезе - до настоящего заболевания росла и развивалась нормально. Детскими инфекционными заболеваниями не болела. Родители здоровы. Заболела остро, когда появилось обильное носовое кровотечение, на второй день появились обширные и мелкие синяки, петехиальная сыпь, кровоточивость десен.

Объективно: при поступлении на пятый день заболевания – состояние тяжелое. На коже много синяков, петехиальных элементов. Через 2 часа после поступления появилось обильное носовое кровотечение, остановленное передней тампонадой. Зев розовый. Дыхание пуэрильное, со стороны сердца – тоны приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренно болезнен при глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез без патологии.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 11

Коля 4-х лет. В анамнезе отмечается кровоточивость у отца матери. Впервые у ребёнка появились обширные гематомы и синяки на теле в возрасте 1,5 лет. В это же время наблюдалось длительное кровотечение из ушибленной раны в правом коленном суставе. Отмечались сильные боли при движении. Мальчик не мог ходить.

При обследовании в клинике обнаружены синяки на нижних конечностях, глубокие инфильтраты, правосторонний гемартроз коленного сустава. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и в V точке. Живот мягкий. Диурез в норме.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 12

Андрей 8 лет, поступил с жалобами на повышение температуры и сыпь на руках и ногах. Заболевание развивалось остро: повысилась температура тела до 38° . На коже рук и ног появилась обильная геморрагическая сыпь. На второй день мальчик был госпитализирован. Состояние при поступлении тяжелое: вялый, бледный. На коже рук и ног, ягодицах пятнисто-папулезная сыпь геморрагического характера, расположенная на симметричных участках. Коленные и голеностопные суставы отечные и резко болезненны. Все эти явления держались в течение 3-х дней. На 5-й день болезни появилась новая геморрагическая сыпь и одновременно приступообразные боли в животе, прожилки крови в каловых массах. Боли в животе держались 4 дня. С 20 дня заболевания новых высыпаний не было. Дыхание везикулярное. Сердце без патологии. **Анализ крови:** Нв - 112г/л , эритроциты – $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Л – $6,6 \cdot 10^9/\text{л}$. Тромбоциты – $208 \cdot 10^9/\text{л}$. СОЭ – 24 мм/ч . Время кровотечения и свертывания крови в пределах нормы. Анализ мочи без особенностей. Живот мягкий. Диурез в норме.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 13

Лена 5 лет, больна 2 дня. Заболевание началось после переохлаждения. Жалобы: вечером поднялась температура до $38,3^{\circ}\text{C}$, появились боли в поясничной области, учащенное (до 8-10 раз в сутки) и болезненное мочеиспускание. Участковым врачом направ-

лена на госпитализацию. При поступлении в стационар **объективно** - состояние средней тяжести, температура $38,4^{\circ}$, кожа бледная выражены периорбитальные тени. Слизистая оболочка зева и носа без острых воспалительных изменений. Язык обложен белым налётом. При пальпации живота отмечается болезненность в левой подвздошной области и над лоном. Выявляется слабopоложительный симптом Пастернацкого. Дыхание пузрьное. Тоны сердца ясные, учащены, систолический шум в 5-й точке. Стул без патологии. Микция болезненная, небольшими порциями, частая.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 14

Наташа 8 лет. **Жалобы:** в течении ряда лет у неё наблюдаются боли в животе, не связанные с едой и временем приёма, изредка беспокоят боли в пояснице. Аппетит снижен. Часто беспокоят головные боли. Она быстро устаёт в школе особенно к концу недели. При обследовании в поликлинике выявлена лейкоцитурия и больная направлена в стационар на обследование. **Объективно:** отмечались бледность кожных покровов, дефицит массы тела 18%. Катаральных явлений в зеве нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации над лоном. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Данные **анализа крови:** эр. – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 90 г/л, СОЭ – 18 мм/ч. Данные **анализа мочи:** Лейкоциты – 20-25 в поле зрения. Бактериурия – 500 000 микробных тел в 1 мл мочи, высеяна палочка протей. При проведении пробы по Зимницкому выявлена никтурия, колебания относительной плотности мочи - в пределах 1002 – 1011. Суточный диурез – 1200 мл. Клубочковая фильтрация не снижена. С помощью экскреторной урографии и микционной цистографии выявлена атония мочевыводящих путей. Двухсторонние пузырно-мочеточниковые рефлюксы, стеноз шейки мочевого пузыря.

- Поставить предварительный диагноз и обоснуйте его.
- План дополнительного обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 15

Валентина 12 лет находилась на стационарном лечении в течении 1,5 месяцев по поводу хронического вторичного пиелонефрита, период обострения, рецидивирующее течение, средней степени тяжести. ФПс. Сопутствующее заболевание хронический тонзиллит, стадия декомпенсации. Выписана с клинико – лабораторной ремиссией.

- План «Д» обследования и лечения.
- Определить этапность реабилитации.

ЗАДАЧА № 16

Девочка 8 лет. Наблюдается ЛОР - врачом с диагнозом «Хронический тонзиллит». До одного года отмечались умеренные проявления алергодерматоза. В возрасте 7 лет перенесла фолликулярную ангину. Заболевание началось остро. **Жалобы:** на повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Болей в горле при глотании, сухого редкого кашля. Проводилось лечение. Через 10 дней после выздоровления состояние вновь резко ухудшилось: повысилась температура тела до $38,3^{\circ}C$, появились вялость, сонливость, головная боль, анорексия; была однократная рвота. За три дня наросли отеки век, голеней, передней брюшной стенки. Заметно снизился диурез: девочка выпила около одного литра жидкости, а выделила 500 мл мочи. **При осмотре:** состояние тяжелое. Отеки лица, голеней, поясничной области. Кожа без сыпи. Зев гиперемирован, миндалины увеличены до II

степени, налетов нет. Пальпируется многочисленные шейные и подчелюстные лимфоузлы. Пульс 100 уд/мин., удовлетворительного наполнения, несколько напряжен. Тоны сердца звучные. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. АД 145/100 мм рт.ст. Живот немного вздут. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см. **ОАК:** гемоглобин – 100 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,87; лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 27%, СОЭ- 44 мм/ч.

ОАМ цвет красный, мутная, реакция кислая, относительная плотность – 1027, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 20 в поле зрения, эритроциты – густо покрывают все поле зрения.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение.

ЗАДАЧА № 17

Госпитализирован Коля 3-х лет. **В анамнезе:** от второй беременности (первая закончилась выкидышем на ранних сроках). Родился с массой тела 4250 г, длиной 53 см. С первого года жизни отмечались кожные проявления пищевой и лекарственной (на пенициллин) аллергии. Посещает ясли с двухлетнего возраста, часто (до 5 раз в год) болеет ОРВИ, выявлен энтеробиоз. За месяц до заболевания на фоне обострения аллергодерматоза получил инъекцию иммуноглобулина по контакту с гепатитом А. Заболевание началось остро.

Жалобы: Повысилась температура тела до 37,5°C, появились насморк и гиперемия зева. Получал ампициллин в таблетках. С третьего дня заболевания температура нормализовалась, но появились отеки век. Направлен в стационар с диагнозом ОРВИ, отек «Квинке».

При поступлении состояние средней тяжести, отмечались пастозность лица и голеней, урежение мочеиспусканий до 4 раз в сутки. В течение следующих суток отеки распространились на туловище. При физикальном исследовании, дыхание пуэрильное, тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 120 в 1 мин, АД-95/65 мм рт. ст. Живот увеличен, определяется асцит. Печень и селезенка не пальпируется. Микция свободное, моча белого цвета, пенная. Стул запорный.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Назначить лечение
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 18

Петя 14-ти лет госпитализирован для планового обследования перед переводом во взрослую поликлинику. В трехлетнем возрасте после прививки АКДС появились распространенные отеки, олигурия, выраженная протеинурия (до 6 г в сутки), гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, выраженная эозинофилия.

При иммунологическом исследовании – повышение уровня Jg E и снижение уровня Jg.G/ В дальнейшем профилактические прививки не проводились.

В последующие годы обострений заболевания не было. В последние 2 года регулярное обследование не проводилось. АД – 120/80, ЧСС - 84 в 1 мин., ЧД – 20 в 1 мин.

- Поставить диагноз и обосновать его.
- План обследования.
- Дать рекомендации по «Д» наблюдению и реабилитации..

Задача № 19

Девочка 6 лет поступила на обследование в гастроэнтерологический центр с **жалобами** на боли в животе в течение 6 мес. с нечеткой локализацией (в эпигастрии, вокруг пупка), отрыжку воздухом, снижение аппетита, беспокойный сон. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей, обычного цвета, со склонностью к запорам.

Из анамнеза: режим питания в семье не соблюдают, часто употребляют консерви-

рованные и копченые продукты. Отец постоянно покупает девочке сухие концентрированные соки, газированные напитки, отец страдает хроническим гастродуоденитом длительное время. На первом году жизни девочка наблюдалась невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии. С двухмесячного возраста на искусственном вскармливании. Дисбиоз кишечника до 1,5 лет. В возрасте 5 лет 6 мес. начала посещать детский сад. Отношение к детскому саду отрицательное (конфликт с детьми в группе). При обследовании в гастроцентре: неотчетливая болезненность вокруг пупка и в эпигастральной зоне; анализы кала на яйца глистов и лямблии отрицательные;

ФГДС – «поверхностный антральный гастрит»; УЗИ ЖКТ – «реактивные изменения в поджелудочной железе».

-Поставить предварительный диагноз;

-Составить схему дополнительного обследования, для уточнения диагноза;

-Назначить лечение данному больному с указанием доз, кратности введения препарата и длительности курса лечения.

Задача № 20

Мальчик 13 лет поступил в отделение ЛОР по поводу острого синусита. **Жалобы:** с 10-летнего возраста мальчика беспокоят боли ноющего характера в эпигастральной области, связанные с жареной пищей и приемом газированных напитков, чувство тяжести в верхней половине живота. Часто возникает отрыжка пищей, тухлым, «урчанием и переливанием» в животе, неустойчивый стул. Изжоги не бывает, аппетит снижен. Обострения не зависят от времени года, а возникают при эмоциональном перенапряжении, после обильной еды. К врачу никогда не обращался. Мать иногда давала ребёнку фестал и альмагель.

В анамнезе: мать больного страдает хроническим гастритом с секреторной недостаточностью. У ребёнка на первом году жизни был дисбиоз кишечника. Неоднократно возникали заболевания по типу острого гастроэнтерита, получал левомицетин. При осмотре у мальчика астеническая конституция, питание снижено, бледен, тени под глазами, признаки ваготонии. При пальпации живота выявлены умеренная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Менделя, урчание вокруг пупка. Язык обложен густым белым налетом. Сердце и легкие без патологии.

-Ваш предположительный диагноз?

-Составить план лабораторного и инструментального обследования

-Назначить лечение ребёнку по имеющимся клиническим симптомам, с указанием доз, кратности лекарственных средств.

Задача № 21

Девочка 6 лет, воспитанница детского приюта, поступила в больницу на обследование **с жалобами** на боли в животе, голодные и поздние, через 1,5-2 часа после еды, связанные с погрешностью в диете, чувство быстрого насыщения, изжогу, запоры. Боли беспокоят в течение 2 мес. При **объективном** исследовании ребёнок пониженного питания. Кожа сухая, с гиперкератозом, волосы и ногти тусклые и ломкие. Кайма губ яркая, угловой хейлит. Умеренная болезненность в эпигастральной области и правом подреберье, в точке желчного пузыря. Увеличение печени до 2 см ниже реберного края. Пальпируется плотная, безболезненная сигмовидная кишка. Стула не было 2 дня. **Лабораторно:** Яйца глистов, лямблии и острицы не обнаружены. УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь несколько увеличен в размерах, с поперечной перетяжкой. Внутривенная рН-метрия: базальная рН в теле желудка – 1,9, в антральном отделе – 2,3; стимулированная гистамином в теле – 1,4 в антруме – 1,8. Заключение: усиление кислотно-образующей функции желудка. Декомпенсированное непрерывное кислотообразование. При проведении ФГДС выявлены диффузная гиперемия, отек слизистой оболочки желудка, гиперплазированные лимфоидные фолликулы (вид «булыжной мостовой») в антральном отделе. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, слегка отечна. Эрозий и язв не

обнаружено.

- Поставить предварительный диагноз;
- Составить схему дополнительного обследования, для уточнения диагноза;
- Назначить лечение данному больному с указанием доз, пробности введения препарата и длительности курса лечения.

ЗАДАЧА № 22

Мальчик 7 лет поступил в клинику по поводу болей в животе, которые давали картину острого живота. Болен 2-й год. Сначала заболевание сопровождалось приступами острых болей, через год боль стала тупой и постоянной. Ребёнок отстаёт в физическом развитии, капризен, раздражителен, с трудом встает утром с постели, плохо ест. Часто жалуется на боли в суставах, потливость, тупые и ноющие постоянные боли в правом подреберье. Отмечается резистентность мышц при пальпации верхнего квадранта живота. Пузырные симптомы выражены отчетливо. При дуоденальном зондировании во всех порциях желчи обнаружены слизь, слущенный эпителий, лейкоциты и в большом количестве лямблии. В анализе кала - цисты лямблий.

- Ваш предварительный диагноз
- План дополнительного обследования
- Ваши рекомендации больному при выписке из клиники
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 23

Мальчик 7 лет госпитализирован в состоянии средней тяжести с жалобами на боль в верхней половине живота, локализирующуюся над пупком и распространяющуюся в область левого подреберья, тошноту и рвоту. Острому началу предшествовали преходящие диспепсические расстройства, чувство распирания и тяжести в эпигастрии, невыраженные болевые ощущения в области пупка. Во время приступа ребёнок беспокоен, корчится от боли, несколько успокаивается лежа на животе или согнувшись на левом боку. Отмечены обильная рвота, метеоризм, учащенное дыхание, тахикардия, приглушение тонов сердца. Лицо бледное, осунувшееся с особым зеленоватым оттенком кожи, выражающее страдание и боль, «запекшиеся» губы, синева под глазами, язык сухой, обложенный грязно – серым налетом. Единичные геморрагии (симптом «красных капелек»). Температура тела субфебрильная. Боль в верхней половине живота, возникает приступообразно, носит колющий опоясывающий характер, иррадирует в левую половину грудной клетки.

Во время приступа болей живот мало доступен глубокой пальпации. При поверхностной пальпации определяются локализованный мышечный дефанс в виде косо идущего мышечного тяжа в левом подреберье и поперечно располагающаяся мышечная резистентность над пупком (симптом Керте). Положительный симптом Георгиевского слева.

- Ваш предполагаемый диагноз
- Каков план обследования
- Каковы принципы терапии во время острого приступа?
- Ваши рекомендации больному при выписке из больницы
- «Д» наблюдение и реабилитация

ЗАДАЧА № 24

Девочка 14 лет поступила в больницу после перенесенного острого респираторного заболевания, во время которого употребляла много фруктов и йогурта, консервированных соков, бульонов. Поступила с жалобами на боль опоясывающего характера, усиливающуюся в ночное время, чаще умеренной интенсивности; приступообразную колющую боль в эпигастральной области и в левом подреберье. Болевые ощущения держатся в течение 5 – 7 дней. Приступообразные боли в животе продолжаются от 30 минут до 3 часов, повторяются несколько раз в день. Боль сочетается в последнее время с постоянной тош-

нотой, горечью и сухостью во рту, обильной саливацией, иногда с изжогой. Отмечены чередование запоров и поносов, метеоризм, иногда полифекалия. При внешнем осмотре выявлены симптомы хронической интоксикации: серовато-зеленый оттенок кожи лица, синева под глазами, субиктеричность склер, проявления гиповитаминоза (сухость губ, шелушение кожи, трещины в углах рта). Питание умеренно снижено. Температура тела субфебрильная. Отмечены: раздражительность, повышенная возбудимость, плаксивость, агрессивность. Выявлены признаки дистонии вегетативной нервной системы (усиленное потоотделение, выраженный красный дермографизм); легкий конъюнктивит (симптом «песка в глазах»). Периодически учащено мочеиспускание, АД 140/80 мм рт.ст. Подобные состояния отмечались и раньше один раз в год. Длительность ремиссии в последнее время сократилась до 3 – 6 месяцев.

- Ваш предположительный диагноз?
- Ваш прогноз, ближайший и отдаленный?
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 25

Ребенок 9 лет. Страдает в течение 4-х лет сахарным диабетом. Лечение инсулином и диетой. Пять дней тому назад заболел пневмонией, на фоне которой появились жажда, слабость, затем ухудшился аппетит, появились тошнота, боли в животе. Явления нараста-ли. Появились сонливость, заторможенность, потеря сознания.

Объективно: больной без сознания. Кожные покровы сухие. Губы сухие, ярко-красные. Язык сухой, обложен коричнево-белым налётом, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Дыхание Куссмауля. Гипотония мышц и глазных яблок. Тоны сердца ритмичные, ослаблены, тахикардия – 120 в 1 минуту, пульс очень слабого наполнения. АД – 70/40 мм рт. ст. Уровень глюкозы крови 29 ммоль/л, в моче 5%, ацетон (+++).

- Ваш диагноз?
- Принципы лечения.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 26

Ребёнок 6-ти лет. Мать обратилась к врачу с жалобами. За последние две недели начала замечать, постоянно, несколько раз ночью ходит в туалет, пьет много воды, похудел.

В анамнезе перенес ветряную оспу, эпидемический паротит, часто болел ОРВИ. Рос и развивался нормально. Объективно: Кожные покровы бледные, на щеках румянец, кожа сухая, шелушение на подошвах, голенях, тургор снижен. Губы и язык ярко-красные и сухие. Со стороны внутренних органов без особенностей. Запах ацетона изо рта.

- Предварительный диагноз и его обоснование.
- Необходимое обследование.
- Лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 27

Ваня К. 10 лет. В 8 часов утра было введено 26 ед. суспензии инсулин-протамина.

От завтрака отказался. Накануне вечером отмечалось недомогание. Через час после инъекции появились слабость, сонливость, головокружение, головная боль, кратковременно терял сознание. При поступлении в стационар состояние нарушено, заторможен, на вопросы не отвечает, температура нормальная. Дыхание ритмичное, не изменено. Кожные покровы бледные, влажные. АД – 105/60 мм рт. ст. Видимые слизистые обычной окраски, влажные, язык влажный. Пульс 82 уд. в 1 минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов без особенностей. Сухожильные рефлексы повышены. При исследовании в приемном отделении сахар в моче отсутствует.

- Предварительный диагноз.

- Возможные причины возникновения данного состояния.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 28

Ребёнок 4-х лет. Через неделю после перенесенного гриппа начали отмечать жажду, сухость во рту, ночное недержание мочи, похудел. В семье бабушка болеет сахарным диабетом.

Объективно: ранее была ацетонемическая рвота, кожа сухая, зев чистый, миндалины гипертрофированы. Язык сухой, обложен белым налётом. Губы сухие, красного цвета. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ослаблены. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см. При обследовании уровень глюкозы крови 17 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче резко положительный.

- Ваш диагноз.
- План обследования.
- Лечение.
- «Д» наблюдение и реабилитация.

ЗАДАЧА № 29

Аркаша 1 год 3 месяца, направленного с диагнозом ОРВИ, при осмотре в приемном отделении на слизистой рта обнаружены пятна Филатова-Коплика.

- Поставьте диагноз.
- Что делать с ребёнком?
- Составьте план противоэпидемических мероприятий.

ЗАДАЧА № 30

Участковый врач пришел по вызову к 2-х летнему ребёнку. Ребёнок посещает ясли, болен 2-й день. Поввысилась температура тела до 37,2⁰С, кашель. На неизменном фоне кожи и в части головы, появилась не обильная, мелкая пятнисто-папулезная и везикулярная сыпь. В зеве гиперемия. Дыхание жесткое, сердце в норме. На следующий день число элементов увеличилось. В семье ещё один ребёнок, посещающий детский сад.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.
- Когда ребёнок может быть допущен в детский коллектив?
- Ваши противоэпидемические мероприятия.

ЗАДАЧА № 31

Тарас 8 лет заболел вечером: повысилась температура до 39⁰С, появились боли в горле, однократная рвота, на следующий день появилась сыпь. При поступлении в клинику (2-й день болезни) отмечалась вялость, анорексия, обильная точечная сыпь на туловище, конечностях, преимущественно в складках кожи. В зеве отек миндалин, яркая ограниченная гиперемия. Язык обложен густым беловато-желтым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 136 в 1 минуту. Живот мягкий. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Стул и мочеиспускание в норме. Анализ крови: Эр-3,8 · 10¹²/л, Нв-130 г/л, ЦП-0,9, Л-12 · 10⁹/л, э-1%, п-4%, с-78%, Л-12%, м-4%, СОЭ - 28 мм/час.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какие противоэпидемические мероприятия в очаге?
- Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями?
- Составьте конкретный план лечения с указанием доз.

ЗАДАЧА № 32

Петя 6 лет заболел остро, появилась температура тела до 39⁰С, головная боль, два раза была рвота. При поступлении в стационар выявлена припухлость в правой и левой

околоушной области умеренной плотности и болезненности, менингеальные симптомы не определяются. В зеве гиперемия, на слизистой отечность слюнного протока. Внутренние органы без патологии. Живот мягкий, мочится свободно.

- Поставьте диагноз.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.
- Назначьте лечение.

Составитель



доц. Кравцова А.Г.

«30» _____ 08 _____ 2024 г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

ТЕСТЫ

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) $\frac{1}{3}$ от массы тела
- Б) $\frac{1}{4}$ от массы тела
- В) $\frac{1}{5}$ от массы тела
- Г) $\frac{1}{6}$ 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) долженствующую массу тела
- Б) приблизительно долженствующую 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**
 - Г) микрохромной
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
 - Г) экссудативный диатез
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
 - Г) экссудативном диатезе
14. Наличие в семейном анамнезе ожирения, аутоиммунных заболеваний характерно при диатезе:
- А) атопическом дерматите
 - Б) лимфатико-гипопластическом**
 - В) нервно-артритическом
 - Г) экссудативном диатезе
15. Увеличение вилочковой железы на рентгенограмме характерно для диатеза:
- А) атопическом дерматите
 - Б) лимфатико-гипопластического**
 - В) нервно-артритического
 - Г) экссудативного

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

Примерные тесты для промежуточной аттестации (зачет)
по дисциплине ПЕДИАТРИЯ 4 курса

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 соответствующую 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 37,8⁰С, 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 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 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, пьет из чашки, различает животных, игрушки. Какому возрасту соответствует психическое и статическое развитие?

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

Тема: Патология детей раннего возраста

Анемия

51. Девочке 3 года. Поступила в клинику в связи с появлением желтушности кожных покровов, снижением уровня эритроцитов до $2 \times 10^{12}/л$ 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.- $2,8 \times 10^{12}/л$, гемогл.-78 г/л, цв.пок.-0,78, ретикулоц.-8%, лейкоциты- $10 \times 10^9/л$, 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 – $3,2 \times 10^{12}/л$, 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 – $2,04 \times 10^{12}/л$, тромбоц.- $231 \times 10^9/л$, Л- $5,8 \times 10^9/л$, 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.

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 покровы 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, рефлекс 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 благополуч-

но. 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 – 1,8 ммоль/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°C, 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

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 мочевого 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 себорей, стронгулюс, «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. Таня, 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
- мочеислый диатез
- + нервно-артритический диатез
- сахарный диабет

Дистрофии (хронические расстройства питания)

69. 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 складка. 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 2 см - 3 см. Тоны сердца приглушены, 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. Поставьте диагноз.

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

70. 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

71. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет

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

72. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет

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

73. К паратрофии относятся состояния с:

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

74. Равномерный значительный дефицит массы и роста это:

- паратрофия
- гипотрофия
- + гипостатура

«ФИЗИОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА»

Укажите один правильный ответ

1. СРОКИ ГЕСТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

- а) 22 неделя-32 неделя
- б) 32 неделя -37 неделя
- в) 37 недель – 42 неделя *

2. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА РЕБЕНКА:

- а) снижается *
- б) повышается
- в) нормальная

3. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО:

- а) 36,4 – 36,6
- б) 36,6 – 36,9
- в) 36,6 – 37,5 *

4. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 5 – 8% *
- б) 10 – 12%
- в) > 12%

5. НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РАСЧИТЫВАЕТСЯ:

- а) по методу Зайцевой *
- б) объемным методом
- в) калорийным методом

6. ПОЛОВОЙ КРИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- а) девочек
- б) мальчиков
- в) девочек и мальчиков *

7. К ТРАНЗИТОРНЫМ ФУНКЦИЯМ ПОЧЕК ОТНОСЯТ:

- а) мочикислый ифаркт
- б) протеинурия и лейкоцитурия
- в) олигурия и мочикислый инфаркт *

8. ОЦЕНКА ПО АПГАР ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ:

- а) сердцебиения, дыхания, цвета кожных покровов, двигательную активность *
- б) сердцебиения, дыхания, цвета кожных покровов, реакция на рефлекторные раздражения
- в) сердцебиение, дыхание, крик, реакция на рефлекторные раздражения

9. ВИД ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИОРИТЕТНЫЙ ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ И НЕ-ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

- а) грудное вскармливание *
- б) искусственное вскармливание
- в) смешанное вскармливание

«НЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ»

Укажите один правильный ответ

10. Выберите один правильный ответ. У недоношенного новорожденного ребенка на третьи сутки после рождения появились кровоизлияния на коже и слизистых оболочках, кровавая рвота (hematomesis), мелена, гематурия, наличие крови в мокроте. Эти изменения являются проявлением:

- 1. гемолитической болезни новорожденных;
- 2. геморрагической болезни новорожденных; *
- 3. внутриутробной асфиксии;
- 4. родовой травмы;
- 5. истинного полнокровия.

11. При аутопсии плода выявлена эпидуральная (между костями свода и твердой мозговой оболочкой) гематома, возникшая в результате разрыва серповидного отростка и намента мозжечка. Эти изменения являются проявлением патологии:

- 1. пренатального периода;
- 2. антенатального периода;
- 3. интранатального периода; *
- 4. постнатального периода;
- 5. период прогенеза.

12. При аутопсии плода выявлена эпидуральная (между костями свода и твердой мозговой оболочкой) гематома, возникшая в результате разрыва серповидного отростка и намента мозжечка. Эти изменения являются проявлением:

- 1. гемолитической болезни новорожденных;
- 2. геморрагической болезни новорожденных;

3. внутриутробной асфиксии;
4. родовой травмы; *
6. истинного полнокровия.

13. Выберите один правильный ответ. Недоношенному новорожденному ребенку 2-е сутки жизни, находится на грудном вскармливании, совместном пребывании с матерью, почти всегда после кормления срыгивает свежим молоком без патологических примесей. Что способствует возникновению срыгиваний:

1. короткий пищевод;
2. недостаточное развитие кардиального отдела желудка;
3. гипертонус пилорического отдела желудка;
4. все перечисленное; *
5. физиологический дефицит ферментов

14. Выберите один правильный ответ. У недоношенного новорожденного (36 недель гестации), от матери сахарным диабетом, через несколько часов после рождения появились тонические судороги верхних и нижних конечностей. Что является наиболее вероятной причиной развития судорожного синдрома у данного новорожденного:

1. асфиксия и родовая травма;
2. поражение печени;
3. гипогликемия и гипокальциемия; *
4. гипербилирубинемия;
5. гипергликемия

15. Выберите один правильный ответ. У недоношенного новорожденного (36 недель гестации) сразу после рождения появился выраженный разлитой цианоз центрального типа не купирующийся ингаляцией 100% кислорода. Что наиболее вероятно явилось причиной такого цианоза:

1. дефект межжелудочковой перегородки;
2. тетрада Фалло;
3. транспозиция магистральных сосудов; *
4. открытый артериальный проток;
5. дефект межпредсердной перегородки

16. Укажите наиболее точный способ расчета питания недоношенному новорожденному:

- а) объемный
- б) калорийный *
- в) по формуле Шкариной
- г) по формуле Зайцевой

17. Какие причины обуславливают трудности вскармливания недоношенных детей:

- а) незрелость пищеварительной системы
- б) незрелость нервной системы
- в) сопутствующие заболевания
- г) все ответы правильные *

18. Расчет объема кормления у ребенка с внутриутробной гипотрофией в первые дни жизни проводится:

- а) на фактический вес *
- б) на долженствующий

в) на среднедолженствующий

19. Из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных:

- а) флегмона
- б) остиомиелит
- в) пиодермия *

20. При вскармливании недоношенного ребенка через нагостральный зонд смену следует производить:

- а) ежедневно *
- б) каждые 2 суток
- в) каждые 3 суток

21. Показанием к прикладыванию к груди матери недоношенного ребенка является:

- а) активное высасывание смеси из бутылочки *
- б) подсасывание зонда
- в) гестационный возраст
- г) масса тела

«ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ»

Укажите один правильный ответ:

22. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ НЕЗРЕЛОСТЬ ГЛЮКОРОНИЛТРАНСФЕРАЗЫ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИЧИНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ:

- а) является *
- б) не является

23. ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ СВЯЗАНА С ПОВЫШЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ:

- а) непрямого билирубина
- б) прямого билирубина *

24. ФОТОТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННОГО, ЕСЛИ ОНА ОБУСЛОВЛЕНА ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ:

- а) прямого билирубина
- б) непрямого билирубина *

25. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОТОТЕРАПИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕНО ОДНОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- а) капельное введение глюкозы *
- б) гидрокортизона
- в) кокарбоксилазы

26. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОВЫШЕНИЕМ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- а) альбумина *
- б) глюкозы
- в) сернокислой магнезии

27. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОВЫШЕНИЕМ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- а) альбумина
- б) глюкозы *
- в) кокарбоксилазы

28. ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ЖЕЛТУХА ОБЪЯСНЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ В КРОВИ:

- а) непрямого билирубина *
- б) прямого билирубина

29. ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ:

- а) характерно
- б) не характерно *

30. КОНЪЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО НА:

- а) первые сутки жизни
- б) 3 сутки жизни *
- в) 5 сутки жизни

31. ЕСЛИ МАТЬ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ, А РЕБЕНОК РЕЗУС ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ, ТО ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ:

- а) во всех случаях
- б) не во всех случаях *

32. В АНАЛИЗЕ ПЕРЕФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИМЕЕТ МЕСТО:

- а) анемия, ретикулоцитоз *
- б) анемия, лейкоцитоз
- в) анемия, тромбоцитопения

33. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА:

- а) внутриутробной инфекцией
- б) иммунологическим конфликтом *
- в) нарушением конъюгации билирубина

34. ПРИ ГБН ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ:

- а) 1-е сутки жизни *
- б) 3-е сутки жизни
- в) 5-е сутки жизни

Составитель



доц. Кравцова А.Г.

«30» _____ 08 _____ 2024 г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ
по дисциплине «Педиатрия для V курса
(1 вариант)

Укажите один правильный ответ.	
1. Свободным вскармливанием ребёнка 1 года называется режим питания:	а) каждые 3 часа; б) каждые 3 часа с ночным перерывом; в) кормление в определенные часы, объем пищи определяется ребёнком; г) когда ребёнок определяет часы и объем кормления.
2. Для лечения больного скарлатиной назначается:	а) пенициллин; б) линкомицин; в) тетрациклин;
3. Основные лечебные мероприятия в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии являются все, кроме:	а) бронхолитики; б) отхаркивающие; в) вибрационный массаж грудной клетки; г) антибиотики; д) физиопроцедуры.
4. Для вирусного гепатита В не характерно:	а) поражение всех возрастных групп; б) наиболее тяжелое течение у детей 1-го года жизни; в) возможность пожизненного носительства вируса; г) сезонность колебания заболеваемости; д) формирование стойкого иммунитета.
5. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:	а) гипохромной; б) гиперхромной; в) нормохромной;
6. Сыпь при краснухе:	а) пятнистая, иногда папулезная, розового цвета на неизменном фоне кожи; б) уртикарная, неправильной формы, иногда сливная; в) папулезно-везикулезная; г) геморрагическая.
7. Сыпь при ветряной оспе появляется:	а) в течение нескольких дней, толчкообразно; б) поэтапно: в 1-й день болезни – на лице во 2-й день болезни – на туловище в 3-й день болезни – на конечностях.
8. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон:	а) альдостерон; б) тироксин; в) инсулин; г) гонадотропин; д) андрогены.
9. У ребёнка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует;	а) чистой водой; б) раствором марганца; в) раствором соды; г) водой с добавлением активированного угля; д) раствором соляной кислоты.

10. Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является:	а) отечный; б) гипертензионный; в) мочево́й; г) олигурия; д) абдоминальный.
11. Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является:	а) гематурия; б) гипертензия; в) олигурия; г) сердечные изменения; д) гиперкоагуляция.
12. Осложнением острого гломерулонефрита не является:	а) почечная недостаточность; б) гипертоническая энцефалопатия; в) тромботические осложнения; г) снижение слуха; д) недостаточность кровообращения.
13. Для смешанной формы гломерулонефрита характерно:	а) гипертензия; б) гематурия;; в) протеинурия; г) все перечисленное; д) гематурия, протеинурия, абактериальная лейкоцитурия.
14. Бактериурией считается выделение с мочой флоры в количестве более:	а) 1000 микробных тел на мл; б) 10000 микробных тел на мл; в) 100000 микробных тел на мл; г) 1000000 микробных тел на мл.
15. При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможно проведение:	а) урографии; б) цистографии; в) радиоизотопного исследования почек; г) УЗИ почек.
16. О хронизации процесса можно говорить при активности пиелонефрита более:	а) 1 мес; б) 3 мес; в) 6 мес.
17. Для цистита не характерен симптом:	а) боли в поясничной области; б) поллакиурия; в) дизурия; г) боли над лоном; д) рези при мочеиспускании.
18. Для эзофагита характерно:	а) боли за грудиной; б) метеоризм; в) жидкий стул; г) запоры; д) тошнота.
19. При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:	а) сахар; б) протромбин; в) билирубин; г) СРБ; д) креатинин.
20. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить:	а) исследование кала на скрытую кровь; б) гастродуоденоскопию; в) дуоденальное зондирование; г) рентгеноконтрастное исследование; д) клинический анализ крови.
21. Наиболее часта причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:	а) гнойный менингит; б) острое отравление; в) энцефалитические реакции при вирусных инфек-

	циях; г) эпилепсия; д) травма головного мозга.
22. Риск развития гепато- и холепатии повышается при наличии всех перечисленных факторов, кроме:	а) наследственного; б) перенесенного вирусного гепатита; в) дисбактериоза; г) желчнокаменной болезни; д) воздушно-капельной инфекции.
23. Характерным симптомом эпидемического паротита не является:	а) лихорадка; б) увеличение околоушных слюнных желез; в) увеличение подчелюстных слюнных желез; г) боли в животе; д) ангина.
24. Для гриппа не характерно:	а) гипертермия; б) судорожный синдром; в) желтуха; г) геморрагический синдром; д) круп.
25. Для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не характерно:	а) тошнота, рвота; б) боли в животе; в) водянистая диарея; г) озноб, лихорадка; д) дыхательная недостаточность.
26. Для вирусного гепатита А не характерно:	а) острое начало заболевания; б) цикличность течения; в) лихорадка в преджелтушном периоде; г) улучшения самочувствия при появлении желтухи; д) выраженный респираторный и суставной синдром.
27. При определении степени стеноза гортани необходимо учитывать:	а) степень дыхательной недостаточности; б) наличие в легких влажных хрипов; в) наличие систолического шума в сердце; г) шумное дыхание.
28. Появление звездчатой сыпи при менингококкемии обусловлено:	а) образованием иммунных комплексов; б) бактериальными тромбами; в) повышением проницаемости сосудов.
29. Полиморфизм сыпи при ветряной оспе:	а) ложный. б) истинный.
30. Возбудителем скарлатины является:	а) бета-гемолитический стрептококк группы А; б) стрептококк группы В; в) зеленящий стрептококк.
31. Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме:	а) витаминотерапии; б) восстановления объема циркулирующей крови; в) коррекции кислотно-щелочного равновесия; г) оксигенотерапии; д) ликвидации дыхательной недостаточности.
32. При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается:	а) изменения голоса; б) грубого лающего кашля; в) втяжения уступчивых мест грудной клетки;

	г) удлинения выдоха; д) дыхательной недостаточности.
33. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается в:	а) восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости; б) восстановление объема циркулирующей плазмы; в) дезинтоксикации; г) восстановлении объема циркулирующих эритроцитов; д) устраниии дефицита калия.
34.8У детей грудного возраста не рекомендуется применять в качестве жаропонижающего препарата:	а) анальгин; б) диклофенак; в) ацетилсалициловую кислоту; г) парацетамол; д) ибупрофен.
35. Первые постоянные зубы появляются в возрасте:	а) 3 – 4 года; б) 4 – 5 лет; в) 5 – 6 лет; г) 7 – 8 лет; д) 8 – 10 лет.
36. Основная причина физиологической желтухи новорожденного:	а) гемолиз; б) недостаточная глюкуронизация; в) сгущение крови; г) холестаз; д) гипогликемия.
37. Гипогалактией называется:	а) самопроизвольное истечение молока; б) нарушение равновесия между секрецией и количеством высасываемого молока; в) понижение секреторной способности молочных желез.
38. 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.
39. Причиной судорог при спазмофилии является:	а) гипофосфатемия; б) гипокальциемия; в) снижение активности фосфаты; г) гиперкальциемия.
40. Диагноз муковисцидоза подтверждает:	а) рентгенограмма грудной клетки; б) исследование костного мозга; в) биопсия тонкого кишечника; г) микроскопия осадка мочи; д) определение электролитов пота.
41. Причиной экспираторной одышки является:	а) фарингит; б) ларингит; в) бронхиальная обструкция; г) трахеит; д) ничего из вышеперечисленного.

42. Время второго перекрестка в лейкоцитарной формуле крови:	а) 4- 5 мес.; б) 1 год; в) 4-5 лет; г) 6 – 8 лет; д) 10 лет.
43. Содержание общего кальция в сыворотке крови у детей составляет:	а) 2,0-2,7 ммоль/л; б) 2,25-2,7 ммоль/л; в) 2,5-3,0 ммоль/л; г) 2,7-3,5 ммоль/л.
44. Большая часть железа всасывается в желудочно-кишечном тракте в:	а) желудке; б) двенадцатиперстной кишке; в) толстой кишке
45. Кровоточивость при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре связана с:	а) нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза; б) дефицитом плазменных факторов свертывания крови; в) патологией сосудистой стенки.
46. Свертывающая способность крови при геморрагическом васкулите меняется в сторону:	а) гипокоагуляции; б) гиперкоагуляции; в) не меняется.
47. Геморрагический синдром при гемофилии характеризуется наличием:	а) петехий; б) экхимозов; в) гематом.
48. Укажите продукты, из которых лучше усваивается железо:	а) мясо; б) гречка; в) гранаты; г) рыба; д) яблоки.
49. При гемофилии А следует вводить гемопрепарат:	а) прямое переливание крови от матери; б) концентрат VIII фактора; в) прямое переливание крови; г) переливание крови длительного хранения; д) «отмытые» эритроциты.
50. Повышение артериального давления на ранних стадиях характерно для:	а) наследственного нефрита; б) гломерулонефрита; в) пиелонефрита; г) дизметаболической нефропатии; д) тубулопатий.
51. При почечной недостаточности противопоказано:	а) кларитромицин; б) лазикс; в) оксациллин; г) гентамицин; д) «защищенные пенициллины».
52. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:	а) фиброгастродуоденоскопия; б) рентгенография ЖКТ с барием; в) исследование кала на скрытую кровь; г) анализ крови; д) внутрижелудочная рН-метрия.
53. Наличие изжоги свидетельствует о:	а) забросе желудочного содержимого в пищевод; б) повышении кислотности желудочного содержимого; в) диафрагмальной грыже; г) язвенной болезни желудка; д) гастродуодените.
54. Для гиперацидности не характерны:	а) понос

	б) тощачовая боль в гастродуоденальной зоне; в) запор; г) обложенность языка; д) изжога.
55. Прорезывание молочных зубов заканчивается к возрасту:	а) 1 – 1,5 года; б) 1,5 – 2 года; в) 2 – 2,5 года; г) 2,5 – 3 года; д) 3 – 3,5 года.
56. Диатез, характеризующийся генетическими детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и синтезе мочевой кислоты, называется:	а) лимфатико-гипопластическим; б) нервно-артритическим в) аллергическим; г) экссудативно-катаральным (псевдоаллергическим).
57. Среднее число кормлений за сутки ребёнка 2-го полугодия жизни:	а) 3; б) 4; в) 5; г) 6; д) 7;
58. Прикормом называется постепенная замена женского молока во 2-м полугодии жизни:	а) искусственными молочными смесями; б) донорским молоком; в) соками; г) новыми продуктами питания.
59. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:	а) 5 – 8 %; б) 5 – 15 %; в) 10 – 20 %; г) 20 – 30 %; д) более 30%;
60. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:	а) прерывистое уплотнение зон роста; б) нормальная оссификация костей; в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей; г) незначительный остеопороз.
61. Витамин D:	а) увеличивает продукцию паратгормона; б) способствует всасыванию Ca из желудочно-кишечного тракта; в) блокирует канальцевую реабсорбцию Ca; г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови;
62. Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии:	а) одышка; б) ослабленное дыхание; в) локальная крепитация; г) многочисленные мелкопузырчатые хрипы; д) втяжение уступчивых мест.
63. Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:	а) сезонность болей; б) тощачовые боли в эпигастрии; в) рецидивирующая рвота; г) кровотечение из выявленной язвы; д) изжога.
64. Для экзантемы при скарлатине не характерно:	а) преобладание элементов на боковых поверхностях груди и сгибательных поверхностях рук; б) наличие элементов на внутренней поверхности бедер; в) скопление элементов вокруг крупных суставов, на ладонях и подошвах;

	г) отсутствие элементов в носогубной области; д) отсутствие этапности высыпания.
65. Время первого перекрестка в лейкоцитарной формуле крови:	а) 2 – 3-й дни жизни; б) 1 год. в) 10 – 11-й дни жизни; г) 5 – 6-й месяц; д) 4 – 5-й дни жизни;
66. У новорожденного причиной дефицита железа не является:	а) дефицит железа у беременной; б) нарушение трансплацентарного пассажа железа; в) недоношенность; г) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин; д) преждевременная перевязка пуповины.
67. При гемофилии наиболее информативно исследование:	а) определение плазменных факторов свертывания; б) определение времени кровотечения; в) определение времени свертывания; г) подсчет тромбоцитов; д) определение уровня гемоглобина.
68. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для:	а) пиелонефрита; б) тубулоинтерстициального нефрита; в) гломерулонефрита; г) наследственного нефрита; д) амилоидоза.
69. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о:	а) нарушении обмена кальция; б) нарушении обмена щавелевой кислоты; в) атопическом дерматите; г) нарушении обмена пуринов; д) нарушении обмена цистина.
70. При цистогграфии уточняются все перечисленные данные, за исключением:	а) наличии рефлюкса; б) состояния уретры; в) функционального состояния почек; г) количества остаточной мочи; д) состояние детрузора.
71. Для коклюша не типично:	а) гипертермия; б) одутловатость лица; в) толчкообразный кашель с судорожным синдромом; г) выделение вязкой мокроты; д) рвота при кашле.
72. Для нефротического синдрома характерна:	а) значительная протеинурия, гипоальбуминемия; б) гиполипидемия; в) гипертония; г) гипофибриногенемия; д) гематурия.
73. Для гипертонической энцефалопатии характерны:	а) сердечная недостаточность; б) нарушение сердечного ритма; в) судороги, потеря сознания; г) одышка, хрипы в легких; д) анасарка.

74. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением:	а) олигоанурии; б) артериальной гипертензии; в) отекающего синдрома; г) микропротеинурии; д) острого гломерулонефрита.
75. Мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится целесообразно назначить диету:	а) стол гипохлоридный; б) фруктово-сахарный; в) стол вегетарианский; г) стол без соли, мяса; д) стол с ограничением белка.
76. У ребёнка 8 месяцев рвота, температура 39°C. Беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты – 20 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз:	а) нефротический синдром; б) острый нефрит; в) пиелонефрит; г) хронический цистит; д) острый цистит.
77. Олигурией называется снижение диуреза от суточных возрастных величин на:	а) 1/2; б) 1/3; в) 2/3.
78. Проба по Зимницкому позволяет оценить:	а) концентрационную функцию почек; б) фильтрационную функцию почек;
79. Прием жидкости при пиелонефрите:	а) ограничивается; б) повышается; в) не изменяется;
80. Характер цитоза при менингококковом менингите:	а) лимфоцитарный; б) нейтрофильный; в) смешанный.
81. При хеликобактериозе не эффективен:	а) де-нол; б) фуразолидон; в) препараты висмута; г) спазмолитик; д) макролиды.
82. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:	а) кровотечение; б) перфорация; в) пенетрация в поджелудочную железу; г) малигнизация; д) непроходимость.
83. Особенно предрасполагают к развитию холепатии:	а) заболевания 12-перстной кишки; б) хронический тонзиллит; в) гастрит; г) пневмония; д) панкреатит.
84. Дискинезией желчных путей не обусловлены:	а) боль в правом подреберье; б) субиктеричность склер; в) обложенность языка; г) телеангиэктазии на коже; д) горечь во рту.
85. Типичными особенностями периода высыпания при кори являются следующие, кроме:	а) появление сыпи на фоне нормальной температуры; б) пятнисто-папулезной сыпи с тенденцией к слиянию; в) этапности при появлении и угасании сыпи; г) наличия катаральных явлений; д) усиления токсикоза и лихорадки при появлении сыпи.
86. При эпидемическом паротите не разви-	а) серозный менингит;

вається:	б.) гнойный менингит; в) панкреатит; г) орхит; д) тиреоидит.
87. У больных сальмонеллезом можно выделить возбудителя из:	а) крови; б) испражнений; в) рвотных масс; г) мочи; д) из всех перечисленных биосубстратов.
88. Уровень гемоглобина сразу после рождения составляет:	а) 90 – 110 г/л; б) 144 – 140 г/л; в) 100 – 110 г/л; г) 110 – 120 г/л; д) 180 – 210 г/л.
89. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является:	а) глистная инвазия; б) нарушение всасывания железа; в) хроническая кровопотеря; г) авитаминоз; д) недостаточное поступление железа с пищей.
90. Молниеносные формы менингококковой инфекции чаще возникают у детей:	а) старшего возраста. б) раннего возраста;
91. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения возникает вследствие:	а) повышенного разрушения тромбоцитов; б) недостаточного образования тромбоцитов; в) перераспределения тромбоцитов.
92. Обструктивным легочным заболеванием является:	а) экзогенный аллергический альвеолит; б) эозинофильная пневмония; в) фиброзирующий альвеолит; г) бронхиальная астма; д) хроническая пневмония.
93. Конъюгационная желтуха появляется у новорожденного на:	а) 1 сутки жизни; б) 3 сутки жизни; в) 5 сутки жизни.
94. Адаптированные смеси для вскармливания здоровых новорожденных должны соответствовать всем требованиям, кроме:	а) белковый компонент смесей более чем на 60% представлен казеином; б) высокая энергетическая ценность; в) концентрация сывороточных белков не менее 60%; г) сбалансированность по содержанию железа; д) широкий комплекс водо- и жирорастворимых витаминов, макро- и микроэлементов.
95. С помощью пикфлоуметра измеряется:	а) общая емкость выдоха; б) жизненная емкость легких; в) остаточный объем легких; г) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF); д) степень бронхиальной обструкции.
96. Гипогалактия II степени – это дефицит молока до:	а) 15%; б) 20%; в) 25%; г) 30%; д) 40%; е) 50%.
97. Смешанным вскармливанием называют:	а) фруктового пюре;

ся питание ребёнка 1-го года, когда на-ряду с женским молоком ребёнок получает до-корм в виде:	б) овощного пюре; в) донорского молока; г) искусственных молочных смесей; д) фруктовых и овощных соков.
98. Оптимальным раствором для обеспече-ния организма ионами калия является:	а) 0,3% раствор хлорида калия; б) 1% раствор хлорида калия; в) раствор фосфата калия; г) смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия; д) 10% раствор хлористого калия.
99. Равномерный значительный дефицит массы и роста – это:	а) паратрофия; б) гипостатура. в) гипотрофия;
100. Для начального периода рахита харак-терен следующий клинический симптом:	а) мышечная гипертония; б) краниотабес; в) судорожный синдром; г) потливость.

(II вариант)

Укажите один правильный ответ	
1. Укажите продукты, из которых лучше усваивается железо:	а) мясо; б) гречка; в) гранаты; г) рыба; д) яблоки.
2. При гемофилии А следует вводить гемо-препарат:	а) прямое переливание крови от матери; б) концентрат VIII фактора; в) прямое переливание крови; г) переливание крови длительного хранения; д) «отмытые» эритроциты.
3. Содержание общего кальция в сыворотке крови у детей составляет:	а) 2,0-2,7 ммоль/л; б) 2,25-2,7 ммоль/л; в) 2,5-3,0 ммоль/л; г) 2,7-3,5 ммоль/л.
4. Свертывающая способность крови при геморрагическом васкулите меняется в сто-рону:	а) гипокоагуляции; б) гиперкоагуляции; в) не меняется.
5. Время второго перекрестка в лейкоци-тарной формуле крови:	а) 4- 5 мес.; б) 1 год; в) 4-5 лет; г) 6 – 8 лет; д) 10 лет.
6. Причиной экспираторной одышки явля-ется:	а) фарингит; б) ларингит; в) бронхиальная обструкция; г) трахеит; д) ничего из вышеперечисленного.
7. Витамин D:	а) увеличивает продукцию паратгормона; б) способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта; в) блокирует канальцевую реабсорбцию Са; г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови;

8. Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии:	а) одышка; б) ослабленное дыхание; в) локальная крепитация; г) многочисленные мелкопузырчатые хрипы; д) втяжение уступчивых мест.
9. Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:	а) сезонность болей; б) тошнотворные боли в эпигастрии; в) рецидивирующая рвота; г) кровотечение из выявленной язвы; д) изжога.
10. Для экзантемы при скарлатине не характерно:	а) преобладание элементов на боковых поверхностях груди и сгибательных поверхностях рук; б) наличие элементов на внутренней поверхности бедер; в) скопление элементов вокруг крупных суставов, на ладонях и подошвах; г) отсутствие элементов в носогубной области; д) отсутствие этапности высыпания.
11. Время первого перекрестка в лейкоцитарной формуле крови:	а) 2 – 3-й дни жизни; б) 1 год. в) 10 – 11-й дни жизни; г) 5 – 6-й месяц; д) 4 – 5-й дни жизни;
12. У новорожденного причиной дефицита железа не является:	а) дефицит железа у беременной; б) нарушение трансплацентарного пассажа железа; в) недоношенность; г) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин; д) преждевременная перевязка пуповины.
13. При гемофилии наиболее информативно исследование:	а) определение плазменных факторов свертывания; б) определение времени кровотечения; в) определение времени свертывания; г) подсчет тромбоцитов; д) определение уровня гемоглобина.
14. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для:	а) пиелонефрита; б) тубулоинтерстициального нефрита; в) гломерулонефрита; г) наследственного нефрита; д) амилоидоза.
15. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о:	а) нарушении обмена кальция; б) нарушении обмена щавелевой кислоты; в) атопическом дерматите; г) нарушении обмена пуринов; д) нарушении обмена цистина.

16. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением:	а) наличии рефлюкса; б) состояния уретры; в) функционального состояния почек; г) количества остаточной мочи; д) состояние детрузора.
17. Для коклюша не типично:	а) гипертермия; б) одутловатость лица; в) толчкообразный кашель с судорожным синдромом; г) выделение вязкой мокроты; д) рвота при кашле.
18. Для нефротического синдрома характерна:	а) значительная протеинурия, гипоальбуминемия; б) гиполипидемия; в) гипертония; г) гипофибриногенемия; д) гематурия.
19. Для гипертонической энцефалопатии характерны:	а) сердечная недостаточность; б) нарушение сердечного ритма; в) судороги, потеря сознания; г) одышка, хрипы в легких; д) анасарка.
20. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением:	а) олигоанурии; б) артериальной гипертензии; в) отека синдрома; г) микропротеинурии; д) острого гломерулонефрита.
21. Мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится целесообразно назначить диету:	а) стол гипохлоридный; б) фруктово-сахарный; в) стол вегетарианский; г) стол без соли, мяса; д) стол с ограничением белка.
22. У ребёнка 8 месяцев рвота, температура 39°C. Беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты – 20 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз:	а) нефротический синдром; б) острый нефрит; в) пиелонефрит; г) хронический цистит; д) острый цистит.
23. Олигурией называется снижение диуреза от суточных возрастных величин на:	а) 1/2; б) 1/3; в) 2/3.
24. Проба по Зимницкому позволяет оценить:	а) концентрационную функцию почек; б) фильтрационную функцию почек;
25. Прием жидкости при пиелонефрите:	а) ограничивается; б) повышается; в) не изменяется;
26. Характер цитоза при менингококковом менингите:	а) лимфоцитарный; б) нейтрофильный; в) смешанный.
27. При хеликобактериозе не эффективен:	а) де-нол; б) фуразолидон; в) препараты висмута; г) спазмолитик; д) макролиды.
28. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:	а) кровотечение; б) перфорация;

	в) пенетрация в поджелудочную железу; г) малигнизация; д) непроходимость.
29. Особенно предрасполагают к развитию холепатии:	а) заболевания 12-перстной кишки; б) хронический тонзиллит; в) гастрит; г) пневмония; д) панкреатит.
30. Дискинезией желчных путей не обусловлены:	а) боль в правом подреберье; б) субиктеричность склер; в) обложенность языка; г) телеангиэктазии на коже; д) горечь во рту.
31. Типичными особенностями периода высыпания при кори являются следующие, кроме:	а) появление сыпи на фоне нормальной температуры; б) пятнисто-папулезной сыпи с тенденцией к слиянию; в) этапности при появлении и угасании сыпи; г) наличия катаральных явлений; д) усиления токсикоза и лихорадки при появлении сыпи.
32. При эпидемическом паротите не развивается:	а) серозный менингит; б.) гнойный менингит; в) панкреатит; г) орхит; д) тиреоидит.
33. У больных сальмонеллезом можно выделить возбудителя из:	а) крови; б) испражнений; в) рвотных масс; г) мочи; д) из всех перечисленных биосубстратов.
34. Для вирусного гепатита В не характерно:	а) поражение всех возрастных групп; б) наиболее тяжелое течение у детей 1-го года жизни; в) возможность пожизненного носительства вируса; г) сезонность колебания заболеваемости; д) формирование стойкого иммунитета.
35. Сыпь при краснухе:	а) пятнистая, иногда папулезная, розового цвета на неизменном фоне кожи; б) уртикарная, неправильной формы, иногда сливная; в) папулезно-везикулезная; г) геморрагическая.
36. Молниеносные формы менингококковой инфекции чаще возникают у детей:	а) старшего возраста. б) раннего возраста;
37. Сыпь при ветряной оспе появляется:	а) в течение нескольких дней, толчкообразно; б) поэтапно: в 1-й день болезни – на лице во 2-й день болезни – на туловище в 3-й день болезни – на конечностях.
38. Для лечения больного скарлатиной назначается:	а) пенициллин; б) линкомицин; в) тетрациклин;
39. Конъюгационная желтуха появляется у новорожденного на:	а) 1 сутки жизни; б) 3 сутки жизни; в) 5 сутки жизни.

40. Адаптированные смеси для вскармливания здоровых новорожденных должны соответствовать всем требованиям, кроме:	а) белковый компонент смесей более чем на 60% представлен казеином; б) высокая энергетическая ценность; в) концентрация сывороточных белков не менее 60%; г) сбалансированность по содержанию железа; д) широкий комплекс водо- и жирорастворимых витаминов, макро- и микроэлементов..
41. Свободным вскармливанием ребёнка 1 года называется режим питания:	а) каждые 3 часа; б) каждые 3 часа с ночным перерывом; в) кормление в определенные часы, объем пищи определяется ребёнком; г) когда ребёнок определяет часы и объем кормления.
42. Гипогалактия II степени – это дефицит молока до:	а) 15%; б) 20%; в) 25%; г) 30%; д) 40%; е) 50%.
43. Смешанным вскармливанием называется питание ребёнка 1-го года, когда наряду с женским молоком ребёнок получает докорм в виде:	а) фруктового пюре; б) овощного пюре; в) донорского молока; г) искусственных молочных смесей; д) фруктовых и овощных соков.
44. Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является:	а) 0,3% раствор хлорида калия; б) 1% раствор хлорида калия; в) раствор фосфата калия; г) смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия; д) 10% раствор хлористого калия.
45. Равномерный значительный дефицит массы и роста – это:	а) паратрофия; б) гипостатура. в) гипотрофия;
46. Для начального периода рахита характерен следующий клинический симптом:	а) мышечная гипертония; б) краниотабес; в) судорожный синдром; г) потливость.
47. С помощью пикфлоуметра измеряется:	а) общая емкость выдоха; б) жизненная емкость легких; в) остаточный объем легких; г) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF); д) степень бронхиальной обструкции.
48. Обструктивным легочным заболеванием является:	а) экзогенный аллергический альвеолит; б) эозинофильная пневмония; в) фиброзирующий альвеолит; г) бронхиальная астма; д) хроническая пневмония.
49. Основные лечебные мероприятия в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии являются все, кроме:	а) бронхолитики; б) отхаркивающие; в) вибрационный массаж грудной клетки; г) антибиотики;

	д) физиопроцедуры.
50. Уровень гемоглобина сразу после рождения составляет:	а) 90 – 110 г/л; б) 144 – 140 г/л; в) 100 – 110 г/л; г) 110 – 120 г/л; д) 180 – 210 г/л.
51. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:	а) гипохромной; б) гиперхромной; в) нормохромной;
52. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является:	а) глистная инвазия; б) нарушение всасывания железа; в) хроническая кровопотеря; г) авитаминоз; д) недостаточное поступление железа с пищей.
53. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения возникает вследствие:	а) повышенного разрушения тромбоцитов; б) недостаточного образования тромбоцитов; в) перераспределения тромбоцитов.
54. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон:	а) альдостерон; б) тироксин; в) инсулин; г) гонадотропин; д) андрогены.
55. У ребёнка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует;	а) чистой водой; б) раствором марганца; в) раствором соды; г) водой с добавлением активированного угля; д) раствором соляной кислоты.
56. Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является:	а) отечный; б) гипертензионный; в) мочевого; г) олигурия; д) абдоминальный.
57. Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является:	а) гематурия; б) гипертензия; в) олигурия; г) сердечные изменения; д) гиперкоагуляция.
58. Осложнением острого гломерулонефрита не является:	а) почечная недостаточность; б) гипертоническая энцефалопатия; в) тромботические осложнения; г) снижение слуха; д) недостаточность кровообращения.
59. Для смешанной формы гломерулонефрита характерно:	а) гипертензия; б) гематурия; в) протеинурия; г) все перечисленное; д) гематурия, протеинурия, абактериальная лейкоцитурия.
60. Бактериурией считается выделение с мочой флоры в количестве более:	а) 1000 микробных тел на мл; б) 10000 микробных тел на мл; в) 100000 микробных тел на мл; г) 1000000 микробных тел на мл.
61. При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках воз-	а) урографии; б) цистографии;

можно проведение:	в) радиоизотопного исследования почек; г) УЗИ почек.
62. О хронизации процесса можно говорить при активности пиелонефрита более:	а) 1 мес; б) 3 мес; в) 6 мес.
63. Для цистита не характерен симптом:	а) боли в поясничной области; б) поллакиурия; в) дизурия; г) боли над лоном; д) рези при мочеиспускании.
64. Для эзофагита характерно:	а) боли за грудиной; б) метеоризм; в) жидкий стул; г) запоры; д) тошнота.
65. При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:	а) сахар; б) протромбин; в) билирубин; г) СРБ; д) креатинин.
66. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить:	а) исследование кала на скрытую кровь; б) гастродуоденоскопию; в) дуоденальное зондирование; г) рентгеноконтрастное исследование; д) клинический анализ крови.
67. Наиболее часта причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:	а) гнойный менингит; б) острое отравление; в) энцефалитические реакции при вирусных инфекциях; г) эпилепсия; д) травма головного мозга.
68. Риск развития гепато- и холепатии повышается при наличии всех перечисленных факторов, кроме:	а) наследственного; б) перенесенного вирусного гепатита; в) дисбактериоза; г) желчнокаменной болезни; д) воздушно-капельной инфекции.
69. Характерным симптомом эпидемического паротита не является:	а) лихорадка; б) увеличение околоушных слюнных желез; в) увеличение подчелюстных слюнных желез; г) боли в животе; д) ангина.
70. Для гриппа не характерно:	а) гипертермия; б) судорожный синдром; в) желтуха; г) геморрагический синдром; д) круп.
71. Для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не характерно:	а) тошнота, рвота; б) боли в животе; в) водянистая диарея; г) озноб, лихорадка; д) дыхательная недостаточность.
72. Для вирусного гепатита А не характер-	а) острое начало заболевания;

но:	б) цикличность течения; в) лихорадка в преджелтушном периоде; г) улучшения самочувствия при появлении желтухи; д) выраженный респираторный и суставной синдром.
73. При определении степени стеноза гортани необходимо учитывать:	а) степень дыхательной недостаточности; б) наличие в легких влажных хрипов; в) наличие систолического шума в сердце; г) шумное дыхание.
74. Появление звездчатой сыпи при менингококкемии обусловлено:	а) образованием иммунных комплексов; б) бактериальными тромбами; в) повышением проницаемости сосудов.
75. Полиморфизм сыпи при ветряной оспе:	а) ложный. б) истинный.
76. Возбудителем скарлатины является:	а) бета-гемолитический стрептококк группы А; б) стрептококк группы В; в) зеленящий стрептококк.
77. Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме:	а) витаминотерапии; б) восстановления объема циркулирующей крови; в) коррекции кислотно-щелочного равновесия; г) оксигенотерапии; д) ликвидации дыхательной недостаточности.
78. При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается:	а) изменения голоса; б) грубого лающего кашля; в) втяжения уступчивых мест грудной клетки; г) удлинения выдоха; д) дыхательной недостаточности.
79. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается в:	а) восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости; б) восстановление объема циркулирующей плазмы; в) дезинтоксикации; г) восстановлении объема циркулирующих эритроцитов; д) устранили дефицита калия.
80. У детей грудного возраста не рекомендуется применять в качестве жаропонижающего препарата:	а) анальгин; б) диклофенак; в) ацетилсалициловую кислоту; г) парацетамол; д) ибупрофен.
81. Первые постоянные зубы появляются в возрасте:	а) 3 – 4 года; б) 4 – 5 лет; в) 5 – 6 лет; г) 7 – 8 лет; д) 8 – 10 лет.
82. Основная причина физиологической желтухи новорожденного:	а) гемолиз; б) недостаточная глюкуронизация; в) сгущение крови; г) холестаз; д) гипогликемия.

83. Гипогалактией называется:	а) самопроизвольное истечение молока; б) нарушение равновесия между секрецией и количеством высасываемого молока; в) понижение секреторной способности молочных желез.
84. 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.
85. Причиной судорог при спазмофилии является:	а) гипофосфатемия; б) гипокальциемия; в) снижение активности фосфаты; г) гиперкальциемия.
86. Диагноз муковисцидоза подтверждает:	а) рентгенограмма грудной клетки; б) исследование костного мозга; в) биопсия тонкого кишечника; г) микроскопия осадка мочи; д) определение электролитов пота.
87. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:	а) прерывистое уплотнение зон роста; б) нормальная оссификация костей; в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей; г) незначительный остеопороз.
88. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:	а) 5 – 8 %; б) 5 – 15 %; в) 10 – 20 %; г) 20 – 30 %; д) более 30%;
89. Среднее число кормлений за сутки ребёнка 2-го полугодия жизни:	а) 3; б) 4; в) 5; г) 6; д) 7;
90. Большая часть железа всасывается в желудочно-кишечном тракте в:	а) желудке; б) двенадцатиперстной кишке; в) толстой кишке
91. Кровоточивость при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре связана с:	а) нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза; б) дефицитом плазменных факторов свертывания крови; в) патологией сосудистой стенки.
92. Прикормом называется постепенная замена женского молока во 2-м полугодии жизни:	а) искусственными молочными смесями; б) донорским молоком; в) соками; г) новыми продуктами питания.
93. Геморрагический синдром при гемофилии характеризуется наличием:	а) петехий; б) экхимозов; в) гематом.
94. Прорезывание молочных зубов заканчивается к возрасту:	а) 1 – 1,5 года; б) 1,5 – 2 года; в) 2 – 2,5 года; г) 2,5 – 3 года; д) 3 – 3,5 года.

95. Диатез, характеризующийся генетическими детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и синтезе мочевой кислоты, называется:	а) лимфатико-гипопластическим; б) нервно-артритическим в) аллергическим; г) экссудативно-катаральным (псевдоаллергическим).
96. Повышение артериального давления на ранних стадиях характерно для:	а) наследственного нефрита; б) гломерулонефрита; в) пиелонефрита; г) дисметаболической нефропатии; д) тубулопатий.
97. При почечной недостаточности противопоказано:	а) кларитромицин; б) лазикс; в) оксациллин; г) гентамицин; д) "защищенные пенициллины".
98. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:	а) фиброгастродуоденоскопия; б) рентгенография ЖКТ с барием; в) исследование кала на скрытую кровь; г) анализ крови; д) внутрижелудочная рН-метрия.
99. Наличие изжоги свидетельствует о:	а) забросе желудочного содержимого в пищевод; б) повышении кислотности желудочного содержимого; в) диафрагмальной грыже; г) язвенной болезни желудка; д) гастродуодените.
100. Для гиперацидности не характерны:	а) понос б) тошнотворная боль в гастродуоденальной зоне; в) запор; г) обложенность языка; д) изжога.

Составитель



доц. Кравцова А.Г.

«30» _____ 08 _____ 2024 г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

Самостоятельная работа (Реферат)
Примерные темы для самостоятельных работ:

1. Группы здоровья. Диспансеризация.
2. Конституция и реактивность детского организма.
3. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Судорожный синдром.
4. Питание больного ребенка.
5. Качественная коррекция питания.
6. Лечебные смеси.
7. Спазмофилия.
8. Гипервитаминоз Д.
9. Методы оценки физического развития детей: сигмальный, перцентильный, Z-score, с помощью программы ANTHRO и др.
10. Методы и подходы к оценке нервно-психического развития детей и подростков.
11. Особенности вскармливания детей дошкольного возраста.
12. Особенности вскармливания детей школьного возраста.
13. Синдром внезапной смерти младенца. Причины. Профилактика.
14. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. Пищевая аллергия. Лактазная недостаточность. Целиакия. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, клиника, диагностика, лечение
15. Дифференциальная диагностика иммунопатологических диатезов и моче-кислого диатеза.
16. Дифференциальная диагностика степеней тяжести гипотрофии.
17. Дифференциальная диагностика паратрофии.
18. Дифференциальная диагностика рахитоподобных заболеваний.
19. Дифференциальная диагностика гипервитаминоза Д.
20. Дифференциальная диагностика дефицитных анемий.
21. Особенности вскармливания детей при железодефицитной, белководефи-
цитной и витаминодефицитной анемиях.
22. Бронхиты у детей.
23. Диффузные заболевания соединительной ткани.
24. Гемобластозы у детей: лейкозы, хронич.миелолейкоз, миелодиспластиче-
ский синдром, лимфогранулематоз.
25. Хронический гепатит.
26. Функциональные расстройства желудка.
27. Болезнь Виллебранда, тромбоцитопатии, вазопатии.
28. Хроническая болезнь почек.
29. Нефротический синдром, нефритический синдром.

30. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Нейрогенный мочевой пузырь.
31. Хронический панкреатит.
32. Синдром мальдегестии, мальабсорбции.
33. Кишечные паразитозы.
34. Гипо- и гипертиреозы.
35. Ожирение.
36. Хронический эзофагит.
37. Принципы диетотерапии при сахарном диабете у детей.
38. Клинические особенности диабета у детей.
39. Купирование приступа БА на догоспитальном и госпитальном этапах
40. Острая осложненная пневмония. Диагностика. Неотложная помощь.
41. Лихорадка у детей. Виды. Неотложная помощь у детей.
42. Судороги. Фебрильные судороги. Аффективно-респираторные судороги.
43. Гипокальциемические судороги. Классификация. Неотложная помощь у де-
тей.
44. Острые сосудистые нарушения. Виды. Неотложная помощь у детей. Кол-
лапс, обморок.
45. Эндокринные комы: гипер- и гипогликемические комы.
46. Гипертонический криз. Неотложная помощь у детей.
47. Диф.диагностика сыпи у детей инфекционного и неинфекционного генеза.
48. Диф.диагностика желтух у детей инфекционного и неинфекционного генеза.
49. Геморрагический синдром. Носовые кровотечения, желудочно-кишечные
кровотечения. Диф. диагностика при гемофилии и идиопатической тромбоцитопениче-
ской пурпуре. Неотложная помощь у детей.
50. Острые кишечные токсикоинфекции. Классификация. Неотложная помощь у
детей.
51. Отравления алкоголем и его суррогатами. Отравление угарным газом. Неот-
ложная помощь у детей.
52. Отравления барбитуратами и наркотическими анальгетиками. Неотложная
помощь у детей.
53. Тепловой и солнечный удары. Термические ожоги. Неотложная помощь у
детей.

Самостоятельная работа (Презентации) **Примерные темы для самостоятельных работ:**

1. Группы здоровья. Диспансеризация.
2. Конституция и реактивность детского организма.
3. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Судорожный синдром.
4. Питание больного ребенка.
5. Качественная коррекция питания.
6. Лечебные смеси.
7. Спазмофилия.
8. Гипервитаминоз Д.
9. Методы оценки физического развития детей: сигмальный, перцентильный,

Z-score, с помощью программы ANTHRO и др.

10. Методы и подходы к оценке нервно-психического развития детей и подростков.
11. Особенности вскармливания детей дошкольного возраста.
12. Особенности вскармливания детей школьного возраста.
13. Синдром внезапной смерти младенца. Причины. Профилактика.
14. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. Пищевая аллергия. Лактазная недостаточность. Целиакия. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, клиника, диагностика, лечение
15. Дифференциальная диагностика иммунопатологических диатезов и моче-кислого диатеза.
16. Дифференциальная диагностика степеней тяжести гипотрофии.
17. Дифференциальная диагностика паратрофии.
18. Дифференциальная диагностика рахитоподобных заболеваний. (1;2;3)
19. Дифференциальная диагностика гипервитаминоза Д.
20. Дифференциальная диагностика дефицитных анемий.
21. Особенности вскармливания детей при железодефицитной, белководефи-
цитной и витаминодефицитной анемиях.
22. Бронхиты у детей.
23. Диффузные заболевания соединительной ткани.
24. Гемобластозы у детей: лейкозы, хронич.миелолейкоз, миелодиспластиче-
ский синдром, лимфогранулематоз.
25. Хронический гепатит.
26. Функциональные расстройства желудка.
27. Болезнь Виллебранда, тромбоцитопатии, вазопатии.
28. Хроническая болезнь почек.
29. Нефротический синдром, нефритический синдром.
30. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Нейрогенный мочевой пузырь.
31. Хронический панкреатит.
32. Синдром мальдегестии, мальабсорбции.
33. Кишечные паразитозы.
34. Гипо- и гипертиреозы.
35. Ожирение.
36. Хронический эзофагит.
37. Принципы диетотерапии при сахарном диабете у детей.
38. Клинические особенности диабета у детей.
39. Купирование приступа БА на догоспитальном и госпитальном этапах
40. Острая осложненная пневмония. Диагностика. Неотложная помощь.
41. Лихорадка у детей. Виды. Неотложная помощь у детей.
42. Судороги. Фебрильные судороги. Аффективно-респираторные судороги.
43. Гипокальциемические судороги. Классификация. Неотложная помощь у де-
тей.
44. Острые сосудистые нарушения. Виды. Неотложная помощь у детей. Кол-
лапс, обморок.
45. Эндокринные комы: гипер- и гипогликемические комы.

46. Гипертонический криз. Неотложная помощь у детей.
47. Диф.диагностика сыпи у детей инфекционного и неинфекционного генеза.
48. Диф.диагностика желтух у детей инфекционного и неинфекционного генеза.
49. Геморрагический синдром. Носовые кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения. Диф. диагностика при гемофилии и идиопатической тромбоцитопенической пурпуре. Неотложная помощь у детей.
50. Острые кишечные токсикоинфекции. Классификация. Неотложная помощь у детей.
51. Отравления алкоголем и его суррогатами. Отравление угарным газом. Неотложная помощь у детей.
52. Отравления барбитуратами и наркотическими анальгетиками. Неотложная помощь у детей.
53. Тепловой и солнечный удары. Термические ожоги. Неотложная помощь у детей.

Составитель



доц. Кравцова А.Г.

«30» _____ 08 _____ 2024 г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

Комплект заданий для контрольной работы.

Раздел 1. Введение в педиатрию

Контрольная работа № 1 (Устно) вопросы для собеседования:

1. Физическое развитие детей. Закономерности процесса роста.
2. Факторы, влияющие на рост и развитие ребёнка.
3. Методы оценки физического развития. Методика антропометрических исследований.
4. Формулы для расчета средних величин у детей до года
5. Формулы для расчета средних величин для детей старше года (2-16 лет)
6. Параметрический способ и непараметрический способ по центильным таблицам.
7. Нервно-психическое развитие детей 1 года жизни
8. Нервно-психическое развитие детей старше года.
9. Естественное (грудное) вскармливание. Характеристика женского молока.
10. Принципы оптимального грудного вскармливания. Преимущества грудного вскармливания.
11. «Золотой стандарт» вскармливания. Противопоказания к грудному вскармливанию.
12. Методы расчета суточного объема и режима питания.
13. Введение прикорма при естественном вскармливании. Организация прикорма.
14. Основные рекомендации по введению прикорма. Правила введения прикормов.
15. Смешанное и искусственное вскармливание.
16. Введение прикорма при искусственном вскармливании. Правила введения прикорма.
17. Гипогалактия. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика
18. Общие и лечебные диеты для детей.
19. Питание детей от года до трех лет.
20. Питание детей дошкольного и школьного возраста.
21. Питание больного ребенка.
22. Качественная коррекция питания.

Раздел 2. Патология детей раннего возраста

Контрольная работа № 2 (Устно) вопросы для собеседования:

1. Гипотрофия. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.
2. Паратрофия. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.
 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. Хронические расстройства питания. Этиология, классификация, клиника.
 10. Хронические расстройства питания. Лечение.
 11. Функциональные расстройства пищеварительной системы у детей.

Раздел 3. Соматическая патология органов дыхания, соединительной ткани, болезни крови и гепатобилиарной системы

Вопросы к контрольной работе № 3 (Устно) для собеседования:

1. Определение БА. Предрасполагающие факторы. Этиология заболевания. Патогенез БА.
 2. Основные клинические симптомы и синдромы. Диагностику заболевания.
 3. Методы лечения в приступный и внеприступный периоды. Основные осложнения БА.
 4. Основные методы реабилитации больных бронхиальной астмой.
 5. Определение понятия пневмоний, классификация. Этиологические факторы.
 6. Патогенез пневмоний, муковисцидоза.
 7. Основные клинические проявления и методы диагностики.
 8. Синдром дыхательной недостаточности, клинические критерии.
 9. Лечение пневмоний, муковисцидоза.
 10. Особенности течения пневмоний у детей раннего возраста из ГР. Профилактика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.
 11. Муковисцидоз у детей. Определение. Классификация и диагностика.
 12. Варианты клинического проявления.
 13. Принципы лечения, лекарственные препараты.
 14. «Д» наблюдение и реабилитация.
 15. Бронхиты у детей. Классификация. Критерии диагностики и обследования.

16. Методы лечения. Лекарственные средства, дозы у детей. Профилактика, Диспансерное наблюдение и реабилитация.
17. Определение болезни «ревматизм». Этиология ревматизма, предрасполагающие факторы у детей.
18. Патогенез ревматизма. Патоморфологические изменения при ревматизме.
19. Классификация ревматизма у детей, 2003 г. АРР г. Самара. Диагностические критерии ревматизма.
20. Клиника ревматического полиартрита
21. Клиника ревматического кардита (миокардита, эндокардита).
22. Клиника малой хореи (хорея Сиденгама).
23. Клиника поражений кожи и других органов при ревматизме.
24. Изменения в крови при ревматизме (биохимические и клинические анализы).
25. Лечение ревматизма. Этапы лечения. Принципы лечения, используемые препараты, длительность применения, дозы у детей.
26. Лечение ревматизма в активной фазе. Показания к гормонотерапии, её длительность.
27. Лечение малой хореи.
28. Диспансерное наблюдение. Первичная, вторичная профилактика ревматизма. Третичная профилактика.
29. Дифференциальная диагностика ревмокардита с ПМК, с ИАМ, с ВСД.
30. Дать определение и этиопатогенез. геморрагического васкулита.
31. Основные клинические формы геморрагического васкулита. Клинические симптомы геморрагического васкулита у детей.
32. Принципы лечения геморрагического васкулита.
33. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Этиопатогенез, классификация.
34. Назовите основные клинические признаки болезни Верльгофа. Лабораторные исследования для диагностики И.Т.П.
35. Принципы лечения И.Т.П., лекарственные средства, дозы у детей.
36. Дайте понятия гемофилии. Патогенез основных форм. Назовите основные признаки гемофилии у детей.
37. Лабораторная диагностика гемофилии у детей. Принципы лечения и медикаментозные средства.
38. Диспансерное наблюдение при геморрагических болезнях и реабилитация.
39. Определение понятия ДРБТ. Этиология. Патогенез и классификация ДРБТ.
40. Основные клинические проявления ДРБТ.
41. Принципы лечения, лекарственные средства при гипо- и гипермоторном типе. Профилактика и реабилитация ДРБТ.
42. Определение понятия хронического гепатита. Этиологические факторы. Патогенез и классификация хронического гепатита
43. Диагностические критерии хронического гепатита. Лечение: диета хронического гепатита, медикаментозные средства. «Д» наблюдение и профилактика ХГ
44. Виды гельминтозов у детей, их классификация. Этиология и механизм инфицирования

45. Клинические проявления каждого вида гельминтозов. Специфическое и неспецифическое лечение паразитозов.

Раздел 4. Соматическая патология мочевыделительной, образовательной и эндокринной систем.

Контрольная работа № 4 (Устно) вопросы для собеседования:

1. Определение пиелонефрита (ПЕ), классификация. Этиологические факторы ПЕН у детей и патогенез.
2. Клиническая картина пиелонефрит у детей.
3. Аномалии развития МВС.
4. Цистит. Определение, классификация, клиника и лечение.
5. Лабораторные и инструментальные исследования при ИМВС.
6. Особенности пиелонефрит у детей первого года жизни и новорожденных.
7. Диф.диагностика пиелонефрит, инфекция мочевыводящих путей (ИМВП), аномалии развития.
8. Принципы лечения пиелонефрит в остром периоде, особенности диеты. Лечение пиелонефрит вне обострения.
9. Диспансерное наблюдение за больными пиелонефрит. Реабилитация.
10. Понятие о гломерулонефрит, этиология и патогенез.
11. Классификация гломерулонефрит. Патогенез отеков при нефротической форме гломерулонефрит.
11. Патогенез отеков при гематурической форме гломерулонефрит.
12. Основные формы острого и хронического гломерулонефрит. Клинические и параклинические критерии диагностики гломерулонефрит.
13. Клинико-лабораторная характеристика нефротической формы и гематурической формы ГН.
14. Клинико-лабораторная характеристика смешанной формы гломерулонефрит.
15. Характеристика острого и хронического течения гломерулонефрит.
16. Базисная терапия гломерулонефрит. Диетотерапия при гломерулонефрит.
17. Медикаментозное лечение нефротической формы.
18. Тактика гормонотерапии при нефротической форме гломерулонефрит.
19. Медикаментозное лечение, патогенетическая терапия при гематурической форме ГН.
20. Медикаментозное лечение, патогенетическая терапия при смешанной форме гломерулонефрит.
21. «Д» наблюдение и реабилитация больных с гломерулонефрит.
22. Каковы причины острой почечной недостаточности ОПН? Каков патогенез ОПН?
23. Клинические симптомы ОПН.
24. Лечение ОПН.
25. ХПН. Классификация, клиническая картина.
26. Лечение ХПН.

27. Определение, этиопатогенез хронического гастрита (ХГ).
28. Классификация ХГ, гастродуоденита.
29. Особенности клиники в зависимости от типа секреции. Основные критерии.
30. Лабораторная и инструментальная диагностика ХГ, гастродуоденита.
31. Медикаментозное лечение ХГ, дуоденитов.
32. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Определение и этиопатогенез.
33. Классификация язвенной болезни (ЯБ). Клиника ЯБ и ДПК.
34. Лабораторная и инструментальная диагностика ЯБ. Осложнения ЯБ.
35. Медикаментозное лечение ЯБ. Диетотерапия ЯБ. Реабилитация и профилактика ЯБ.
36. Понятие о СД, этиологические факторы СД у детей. Классификация СД, основные формы.
37. Клинические проявления СД у детей. Ранние симптомы у детей и особенности СД у детей.
38. Диагностика СД у детей. Методы определения уровня сахара.
39. Осложнения СД, клинические проявления.
40. Основные принципы лечения СД у детей.
41. Диетотерапия СД.
42. Медикаментозная терапия СД. а) препараты инсулина; б) показания инсулинотерапии; в) расчет инсулина; г) осложнения.
43. Острые осложнения СД, угрожающие жизни ребёнка, клинические критерии.
44. Неотложная терапия при: - гипогликемии; - диабетической коме; - гиперосмолярной коме.
45. «Д» наблюдение и реабилитация СД у детей. Профилактика СД у детей.

Раздел 5. Неотложные состояния с нарушением функции дыхания, гемодинамики и неврологическими расстройствами.

Контрольная работа № 5 (Устно) вопросы для собеседования:

1. АФО новорождённых детей. Особенности ухода, вскармливания и адаптация. Транзиторные состояния.
2. АФО недоношенного новорождённого. Особенности вскармливания, ухода и адаптации.
3. Особенности обмена билирубина у новорождённых. Физиологические желтухи в неонатальном периоде. Диагностика. Лечение.
4. Патологические желтухи в неонатальном периоде. Диагностика.
5. Консервативные методы лечения патологических желтух.
6. Оперативные методы лечения желтух у новорожденных.
7. Диффдиагностика желтух в неонатальном периоде.

Раздел 6. Состояния, угрожающие жизни ребёнка. Острые аллергические реакции. Абдоминальные боли.

Контрольная работа № 6 (Устно) вопросы для собеседования:

1. Неотложные состояния у детей с нарушением функции дыхания. Острый обструктивный ларинготрахеит. Причинные факторы и классификация. Диагностические критерии и неотложная помощь при данной патологии.
2. Бронхообструктивный синдром. Причинные факторы и классификация. Диагностические критерии и неотложная помощь при данной патологии.
3. Синдром острой дыхательной недостаточности. Причинные факторы и классификация. Диагностические критерии и неотложная помощь при данной патологии.
4. Неотложные состояния, обусловленные неврологическими расстройствами. Комы. Причинные факторы и классификация. Диагностические критерии и неотложная помощь при данной патологии.
5. Неотложные состояния, обусловленные неврологическими расстройствами. Судороги. Причинные факторы. Диагностические критерии и неотложная помощь при данной патологии.
6. Неотложные состояния, обусловленные неврологическими расстройствами. Гипертермический синдром. Причинные факторы. Диагностические критерии и неотложная помощь при данной патологии.

Контрольная работа №7 (Устно) вопросы для собеседования:

1. Острые токсикозы у детей.
2. Синдром токсикоза и дегидратации. Причинные факторы и классификация. Диагностические критерии и неотложная помощь и лечение.
3. Инфекционные болезни у детей вирусной этиологии. Корь. Краснуха. Ветряная оспа. Эпидемический паротит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Противоэпидемические мероприятия.
4. - Разбор и курация больных по теме.
5. Инфекционные болезни у детей бактериальной этиологии. Менингококковая инфекция. Скарлатина. Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия. Этиопатогенез. Клиника, Диагностика. Лечение. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия. Разбор и курация больных по теме.

Составитель



доц. Кравцова А.Г.

«30» _____ 08 _____ 2024 г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

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.

Аntenеатальный 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 1 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.

Упомянутся 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, при-

нятой в клинике нервных болезней/. Состояние кожных рефлексов - /брюшных, кремастерных/ 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, размашистый 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 сгибаемой поверхности, на разгибаемой 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 /пузырьное, 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, гнойные 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 плевков», «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,	1. Режим
П	слизистых оболочках. Динамика изменения	2. Диета,
Д	по органам. Особое внимание уделяется ди-	схема
АД	намике патологических симптомов, отмечен-	кормления
	ных в /изменения сыпи, появления шелушения	ребёнка
	изменения лимфоузлов и других симптомов,	и т.д.
	имеющих значение в постановке окончательного	
	диагноза/.	
	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 новорождённости 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 н/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 ₁ глобулины	12% (6-12)
β глобулины	15% (5-17)
γ глобулины	14% (12-18)
pH	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. pH 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 голеней. 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



доц. Кравцова А.Г.

«30» _____ 08 _____ 2024 г.

Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

Вопросы для зачета.

1. Физическое развитие детей. Закономерности процесса роста.
2. Факторы, влияющие на рост и развитие ребёнка.
3. Методы оценки физического развития. Методика антропометрических исследований.
4. Формулы для расчета средних величин у детей до года
5. Формулы для расчета средних величин для детей старше года (2-16 лет)
6. Параметрический способ и непараметрический способ по центильным таблицам.
7. Нервно-психическое развитие детей 1 года жизни
8. Нервно-психическое развитие детей старше года.
9. Актуальные проблемы неонатологии. Основные понятия и термины в неонатологии.
10. Пограничные состояния новорожденных.
11. Асфиксия новорожденных. Этиология. Клиника. Неотложная терапия.
12. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника. Лечение. Профилактика.
13. Геморрагическая болезнь новорожденных. Клиника. Лечение. Профилактика.
14. Гиповитаминозы у детей. Клиника. Лечение. Профилактика.
15. Конституция и реактивность детского организма.
16. Биологический возраст. Оценка полового развития.
17. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Судорожный синдром.
18. Неотложные состояния у детей раннего возраста. Гипертермический синдром.
19. Естественное (грудное) вскармливание. Характеристика женского молока.
20. Принципы оптимального грудного вскармливания. Преимущества грудного вскармливания.
21. «Золотой стандарт» вскармливания. Противопоказания к грудному вскармливанию.
22. Методы расчета суточного объема и режима питания.
23. Введение прикорма при естественном вскармливании. Организация прикорма.
24. Основные рекомендации по введению прикорма. Правила введения прикормов.
25. Смешанное и искусственное вскармливание.
26. Введение прикорма при искусственном вскармливании. Правила введения прикорма.
27. Гипогалактия. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика
28. Общие и лечебные диеты для детей.
29. Питание детей от года до трех лет.
30. Питание детей дошкольного и школьного возраста.
31. Питание больного ребенка.

32. Качественная коррекция питания.
33. Гипотрофия. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.
34. Гипостатура. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.
35. Паратрофия. Этиология. Клинические критерии диагностики, принципы лечения и «Д» наблюдения.
36. Рахит. Клиника, этиология, патогенез, классификация.
37. Рахит. Лечение, профилактика.
38. Спазмофилия. Клиника, этиология, патогенез, классификация.
39. Спазмофилия. Лечение, профилактика.
40. Гипервитаминоз Д. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профи-лактика.
41. Анемии. Клиника, этиология, патогенез, классификация.
42. Анемии. Лечение, профилактика.
43. Аномалии конституции. Клиника, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика.
44. Хронические расстройства питания. Этиология, классификация, клиника.
45. Хронические расстройства питания. Лечение.
46. Иммунопрофилактика. Календарь профилактических прививок. Приказ МЗ ПМР.

Составитель



доц.Федорук К.Р.

«30» _____ 08 _____ 2024г.

**Государственное образовательное учреждение высшего образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. Шевченко»**

**Медицинский факультет
кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ
по дисциплине «Педиатрия» для обучающихся V курса**

1. Педиатрия – как самостоятельная наука, что изучает, основные задачи и актуальные проблемы. Значение ученых России в становлении педиатрии.
2. Неонатология как раздел педиатрии, что изучает, задачи и актуальные проблемы. Терминология определений в неонатологии.
3. Физиология новорожденного ребёнка. Понятие о признаках морфофункциональной зрелости и незрелости новорожденного ребенка. “Пограничные” состояния неонатального периода: терминология, характеристика, исходы.
4. Анатомо-функциональные особенности недоношенного новорожденного. Факторы риска. Признаки морфофункциональной незрелости. Определение недоношенного ребенка. Особенности адаптации, выхаживания недоношенных новорожденных.
5. Принципы ухода и вскармливания доношенных новорожденных в неонатальном периоде. Способы и методы вскармливания, формулы для расчета питания. Показания и противопоказания к грудному вскармливанию.
6. Принципы ухода и вскармливания недоношенных новорожденных в неонатальном периоде. Способы и методы вскармливания, формулы для расчета питания. Показания и противопоказания к грудному вскармливанию.
7. Лекарственные препараты, разрешенные в неонатологии. Токсический эффект некоторых лекарственных средств. Критерии эффективности и безопасности назначения лекарственных препаратов в неонатологии.
8. Периоды детского возраста. Краткая характеристика периодов. Характерная патология, свойственная этим периодам.
9. Физическое развитие детей. Законы физического развития. Оценка физического развития детей грудного периода: динамика показателей массы тела и роста, окружностей головы и груди. Эмпирические формулы расчёта этих показателей. Как формируется заключение о физическом развитии ребенка?
10. Физическое развитие детей старше первого года жизни. Комплексная оценка физического развития детей. Эмпирические формулы расчета. Как формируется заключение о физическом развитии ребенка?
11. Морфо - функциональные особенности органов нервной системы. Показатели психомоторного развития детей первого года жизни. На основании оценки, каких показателей делается заключение о нервно-психическом развитии ребенка?
12. Морфо - функциональные особенности нервной системы в дошкольном возрасте. Показатели психомоторного развития детей от 1-го года до 7-ми лет. На основании оценки, каких показателей делается заключение о нервно-психическом развитии ребенка?
13. Семиотика поражения органов нервной системы. Методы обследования неврологического статуса ребёнка.
14. Морфо - функциональные особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей. Методы обследования и оценка их функционального состояния.
15. Семиотика поражения кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей.
16. Морфо - функциональные особенности лимфатической системы у детей.

17. Семиотика поражения лимфатической системы и лимфоузлов у детей. Методы обследования и оценка состояния в разные возрастные периоды.
18. Морфофункциональные особенности костно-мышечной системы и методы обследования.
19. Семиотика основных поражений костной и мышечной системы у детей.
20. Морфо - функциональные особенности системы дыхания у детей в разные возрастные периоды. Методы обследования и оценка функционального состояния.
21. Семиотика поражения органов дыхания у детей. Методы обследования и оценка функционального состояния.
22. Морфофункциональные особенности сердечнососудистой системы. Основные параметры системы кровообращения у детей разного возраста (частота сердечных сокращений, артериальное давление, пульс, границы сердца).
23. Семиотика поражения органов сердечнососудистой системы у детей. Методы обследования и оценка функционального состояния.
24. Морфо - функциональные особенности органов кроветворения у детей. Методы обследования и оценка функционального состояния.
25. Семиотика основных заболеваний органов кроветворения у детей.
26. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Методы обследования и оценка функционального состояния.
27. Семиотика поражения органов пищеварения у детей. Особенности лабораторно-инструментального обследования желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы.
28. Анатомо-физиологические особенности органов мочеобразования и мочеиспускания. Методы обследования и оценка функционального состояния.
29. Семиотика основных поражений органов мочеобразования и мочеиспускания. Особенности лабораторно-инструментального обследования.
30. Режим, диета беременной и кормящей женщины. Значение их для развития и роста ребёнка.
31. Грудное вскармливание. Показания и противопоказания к грудному вскармливанию. Гипогалактия. Этиология. Виды и степени тяжести. Принципы лечения и профилактики гипогалактии.
32. Естественное вскармливание. Преимущества естественного вскармливания. Потребность в белках, жирах, углеводах и килокалориях детей, находящихся на естественном вскармливании. Формулы для расчета питания детей от 0 до 6 месяцев. Понятие о свободном вскармливании.
33. Смешанное вскармливание. Показания, виды и техника введения докорма. Потребность в белках, жирах, углеводах и килокалориях доношенного ребёнка, находящегося на смешанном вскармливании.
34. Искусственное вскармливание. Способы расчёта необходимого объёма питания в зависимости от возраста ребёнка. Потребность в белках, жирах, углеводах и килокалориях доношенного ребёнка, находящегося на искусственном вскармливании.
35. Понятие о прикормах. Виды, сроки и техника введения прикормов в рацион детям, в зависимости от вида вскармливания. Качественная коррекция питания.
36. Физиологические основы рационального питания детей дошкольного и школьного возраста. Значение режима, витаминов и микроэлементов для гармоничного развития ребёнка.
37. Дефицитные состояния у детей раннего возраста. Хронические расстройства питания. Этиологические факторы. Классификация. Типы дистрофий.
38. Гипотрофия. Этиология, классификация. Клинические варианты гипотрофии и диагностические критерии. Принципы диетотерапии и медикаментозного лечения. Диспансерное наблюдение.

39. Паратрофия. Этиология, классификация и клинические варианты. Принципы диетотерапии и профилактики.
40. Аномалии конституции. Понятие о диатезах. Этиология и общие клинические признаки основных видов диатезов.
41. Атопический дерматит. Этиология, клинические проявления. Принципы лечения и профилактики. Особенности питания и организации ухода.
42. Нейроартритический диатез. Этиология, клинические проявления. Принципы лечения и профилактики. Особенности питания детей с данным видом диатеза. Лечение ацетонемического криза.
43. Лимфатико-гипопластический диатез. Клинические проявления. Принципы лечения и профилактики.
44. Рахит. Предрасполагающие факторы, этиология и патогенез рахита. Фосфорно-кальциевый обмен и его особенности у детей раннего возраста.
45. Классификация рахита. Клинические проявления поражения нервной, костной, мышечной систем и внутренних органов при рахите, в зависимости от степени тяжести и периода.
46. Лабораторная диагностика рахита. Принципы лечения. Специфическая и неспецифическая профилактика.
47. Спазмофилия. Этиология и патогенез. Клинические формы спазмофилии. Принципы лечения и профилактики. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
48. Дефицитные анемии. Этиология, патогенез, клинические проявления и лабораторная диагностика железодефицитных анемий у детей. Лечение и профилактика.
49. Витамин- и белково дефицитные анемии. Этиология, патогенез, клиника и лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.
50. Острая пневмония. Этиология и патогенез. Классификация. Критерии диагностики пневмоний у детей. «Д» учет и профилактика.
51. Клинические особенности течения острых пневмоний с различной этиологией. Особенности течения пневмоний у детей с отягощённым преморбидным фоном: при рахите, диатезах, гипотрофии.
52. Принципы лечения острых пневмоний. Антибактериальная терапия в зависимости от этиологического фактора. Особенности интенсивной терапии при лечении тяжёлого течения пневмоний. Критерии эффективности антибактериальной терапии.
53. Острые расстройства пищеварения. Этиология. Классификация и основные клинические синдромы в зависимости от этиологического фактора. Принципы диагностики.
54. Острые респираторно-вирусные инфекции. Этиология, патогенез и клиника. Диагностика и принципы лечения. Профилактика.
55. Острый обструктивный ларинготрахеит. Этиология. Классификация. Клинические проявления в зависимости от степени стеноза. Принципы медикаментозного лечения.
56. Крупозная пневмония у детей. Диагностические критерии. Принципы лечения.
57. Бронхиальная астма у детей. Определение. Этиологические факторы возникновения и патогенез бронхиальной астмы.
58. Определение бронхиальной астмы. Классификация и диагностические критерии тяжести бронхиальной астмы в периоде ремиссии.
59. Определение бронхиальной астмы. Клиника периода обострения. Критерии оценки тяжести приступа бронхиальной астмы. Принципы неотложной помощи и лечения.
60. Определение бронхиальной астмы. Астматический статус: причины развития и клинические проявления в зависимости от клинической стадии. Принципы терапии астматического статуса.

61. Определение бронхиальной астмы. Принципы базисной терапии бронхиальной астмы в стадии ремиссии. Диспансерное наблюдение, реабилитация и профилактика бронхиальной астмы у детей.
62. Бронхиты у детей. Определение. Клинические проявления и особенности обструктивного бронхита у детей раннего возраста. Принципы лечения острых бронхитов.
63. Хронический бронхит у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
64. Муковисцидоз. Определение. Этиология, патогенез, клинические проявления зависимости от клинической формы. Диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение и реабилитация.
65. Острая ревматическая лихорадка у детей. Определение, этиология, патогенез, классификация и клинические синдромы.
66. Диагностические критерии острой ревматической лихорадки. Клиника ревматического полиартрита, кардита, абдоминального синдрома, поражения кожи. Лабораторные критерии диагностики острой ревматической лихорадки.
67. Определение острой ревматической лихорадки. Принципы лечения острой
68. ревматической лихорадки. Критерии контроля эффективности лечения. Диспансерное наблюдение, реабилитация и профилактика (первичная, вторичная и текущая) ревматизма у детей.
69. Определение острой ревматической лихорадки. Поражение нервной системы при острой ревматической лихорадке. Клиника и диагностика. Принципы лечения. Профилактика и диспансерное наблюдение.
70. Неревматические кардиты. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение и реабилитация.
71. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения и реабилитации.
72. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение, этиология, патогенез, классификация и клиническая картина. Диагностические критерии ЮРА. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.
73. Системная красная волчанка. Определение. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина. Критерии диагностики СКВ. Принципы лечения.
74. Системная склеродермия. Определение. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина. Особенности течения у детей. Критерии диагностики. Принципы лечения.
75. Ювенильный дерматомиозит у детей. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина. Критерии диагностики дерматомиозита. Принципы лечения.
76. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха). Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина различных форм геморрагического васкулита.
77. Диагностика и дифференциальная диагностика геморрагического васкулита. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.
78. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина.
79. Диагностика и дифференциальная диагностика идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (болезнь Верльгофа). Принципы лечения и диспансерного наблюдения.
80. Гемофилии у детей. Определение. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления.
81. Диагностика и дифференциальная диагностика гемофилии у детей. Принципы лечения при различных видах гемофилий. Диспансерное наблюдение.

82. Инфекции мочевыводящей системы у детей. Определение. Этиология, патогенез и классификация. Клинические и лабораторные синдромы инфекции мочевыводящей системы.
83. Пиелонефрит у детей. Определение. Этиологические факторы, патогенез и классификация. Клинические синдромы пиелонефрита.
84. Особенности течения пиелонефрита у детей раннего возраста. Лабораторно-инструментальная диагностика и дифференциальная диагностика пиелонефрита.
85. Принципы лечения острого и хронического пиелонефрита у детей. Диспансерное наблюдение и реабилитация острого и хронического пиелонефрита.
86. Гломерулонефрит у детей. Определение. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина острого и хронического гломерулонефрита.
87. Лечение острого и хронического гломерулонефрита у детей. Диспансерное наблюдение и реабилитация.
88. Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология. Клинические стадии и лабораторные критерии диагностики. Принципы оказания неотложной помощи. Лечение и реабилитация.
89. Этиология хронической почечной недостаточности (ХПН). Клинические и лабораторные критерии диагностики. Принципы лечения. Показания к гемодиализу.
90. Хронические гастриты и гастродуодениты у детей. Определение. Этиология, патогенез, классификация и клинические синдромы.
91. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического гастрита и гастродуоденита. Принципы диетотерапии и медикаментозного лечения. Диспансерное наблюдение.
92. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина. Осложнения язвенной болезни у детей.
93. Принципы лабораторно-инструментальной диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
94. Диетотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Медикаментозная терапия. Диспансерное наблюдение и реабилитация.
95. Хронические гепатиты у детей. Определение, этиология, классификация и клинические синдромы хронических гепатитов. Лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.
96. Холециститы у детей. Этиология, патогенез, классификация и клинические синдромы хронического холецистита. Диагностика, диетотерапия и медикаментозное лечение. Диспансерное наблюдение и реабилитация.
97. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (ДРБТ). Определение. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления различных форм ДРБТ.
98. Лабораторные и инструментальные методы диагностики дисфункциональных расстройств билиарного тракта. Принципы лечения и профилактики.
99. Сахарный диабет у детей. Определение. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления сахарного диабета. Особенности течения сахарного диабета у детей младшего возраста.
100. Принципы диагностики сахарного диабета у детей. Особенности диетотерапии. Медикаментозное лечение и принципы инсулинотерапии у детей. Критерии компенсации сахарного диабета.
101. Острые осложнения сахарного диабета. Гипергликемическая кома. Клиническая и лабораторная диагностика. Принципы оказания неотложной помощи.
102. Гипогликемическая кома. Клиническая и лабораторная диагностика. Принципы оказания неотложной помощи.
103. Эпидемический паротит. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация и клинические проявления. Лабораторно-инструментальная диагностика.

104. Осложнения эпидемического паротита и их лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Профилактика: специфическая и неспецифическая
105. Дифтерия у детей. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация. Клиническая картина различных форм заболевания.
106. Специфические осложнения дифтерии. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение дифтерии. Особенности специфического лечения. Профилактика: специфическая и неспецифическая.
107. Дифтерийный круп. Клиника и особенности течения у детей. Принципы оказания неотложной помощи и лечения в зависимости от степени стеноза гортани.
108. Скарлатина. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация и клиническая картина. Принципы диагностики.
109. Осложнения скарлатины. Лечение скарлатины и её осложнений. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.
110. Корь. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация и клиническая картина. Основные клинические симптомы в диагностике кори.
111. Лечение кори и её осложнений. Профилактика кори: специфическая и неспецифическая. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
112. Краснуха. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация и клиническая картина. Основные клинические симптомы в диагностике краснухи.
113. Врожденная краснуха: клинические проявления. Принципы диагностики и лечения краснухи. Профилактика: специфическая и неспецифическая. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
114. Ветряная оспа у детей. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация и клиническая картина. Основные клинические симптомы в диагностике ветряной оспы.
115. Осложнения ветряной оспы. Принципы диагностики. Лечение и профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
116. Коклюш. Определение. Этиология, эпидемиология. Классификация и клиническая картина. Осложнения коклюша.
117. Принципы диагностики коклюша. Лечение и профилактика (специфическая). Противоэпидемические мероприятия в очаге.
118. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология. Классификация и клиническая картина. Осложнения менингококковой инфекции.
119. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики менингококковой инфекции. Лечение и профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
120. Специфическая и неспецифическая профилактика инфекционных болезней у детей. Вакцинация. Виды вакцинальных препаратов.
121. Календарь профилактических прививок. Показания и противопоказания для вакцинации детей. Вакцинация особых групп детей.
122. Поствакцинальные реакции и осложнения у детей при иммунизации.
123. Особенности фармакокинетики лекарственных препаратов у детей. Принципы дозирования лекарств в педиатрии. Взаимодействие лекарственных средств.
124. Острый обструктивный ларинготрахеит. Этиология. Классификация. Критерии диагностики. Принципы неотложной терапии по степени тяжести стеноза.
125. Инородное тело дыхательных путей у детей. Клинические критерии диагностики. Принципы неотложной терапии.
126. Острая лихорадка у детей. Этиологические факторы. Виды лихорадки. Клинические критерии диагностики. Принципы неотложной терапии.
127. Судорожный синдром у детей. Этиологические факторы. Классификация. Клинические критерии диагностики. Принципы неотложной терапии.
128. Гипертермический синдром у детей. Этиология. Клинические критерии диагностики. Принципы неотложной терапии.

129. Фебрильные судороги у детей. Этиология. Клинические критерии диагностики. Принципы неотложной терапии.

130. Коматозные состояния у детей. Этиология. Методы диагностики. Клиника по стадиям развития. Общие принципы оказания неотложной терапии.

131. Анафилактический шок у детей. Клинические критерии диагностики. Принципы неотложной терапии.

132. Острые отравления у детей. Критерии диагностики. Принципы неотложной и интенсивной терапии. Основные antidotes применяемые в педиатрии.

133. Абдоминальные боли у детей. Дифференциально-диагностические критерии острой хирургической и соматической патологии при болях в животе. Тактика врача.

134. Пути введения лекарственных средств, при оказании неотложной помощи детям. Выбор вида инфузионного препарата. Принципы назначения инфузионной терапии в педиатрии.

135. Основы оказания неотложной помощи детям. Ошибки при оказании неотложной помощи и их предупреждение.

Составитель



доц. Кравцова А.Г.

« 16 » ____09____2024 г.