**ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**КАФЕДРА факультетской и госпитальной педиатрии**

**Контрольно-обучающие задания к итоговой аттестации по дисциплине « Факультетская и госпитальная педиатрия» для студентов 6-го курса, обучающихся по специальности «Педиатрия » итоговой**

**Задание № 1**

***Задача № 1***

ЗАДАЧА 83

Девочка М., 5 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение, кровоподтеки разной величины и давности на лице, туловище и конечностях.

Из анамнеза болезни известно, что за две недели до начала этого заболевания перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой. Кровоизлияния на коже от мелкоточечных до экхимозов появились в последние 3 дня, количество геморрагий увеличивается. В день поступления - длительное кровотечение из носа. Врач, осмотревший ребенка в приемном отделении, поставил диагноз геморрагического васкулита.

При поступлении состояние девочки тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Одышки нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 105 в 1 мин. АД 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb –108 г/л, эр. – 3,8х1012/л, цв. п. – 0,86, тромбоциты 8,0х109/л, лейкоциты 9,2х109/л, п/я –3%, с/я – 43%, эоз – 4%, лимфоциты – 44%, моноциты – 6%, СОЭ – 7мм/час. Время кровотечения по Дьюку 7 мин, время свертывания по Сухареву - начало 2 мин, конец – 4 мин.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 60%, эозинофилы 5%, лимфоциты 10%, эритроидный росток – 24%, мегакариоциты – 0,4% (1 на 250) – молодые формы со слабой отшнуровкой тромбоцитов.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1015, белок – нет, pH – 6,0, эпителий плоский – 2-4 в п/зр, лейкоциты – 1-4 в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача? Сформулируйте Ваш диагноз.

2. Приведите классификацию данного заболевания.

3. Какие симптомы и результаты лабораторного исследования являются важными для диагностики?

4. Назовите тип кровоточивости у пациента.

5. Назначьте лечение.

6. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при этом заболевании?

***Задача № 2***

Ребенок В., 5 лет, доставлен в больницу с жалобами на сыпь на коже конечностей, боли и припухлость голеностопных суставов, боли в животе.

Из анамнеза известно, что месяц тому назад ребенок перенес заболевание с повышением температуры тела до 38,5°С, с болью в горле при глотании. Участковым педиатром установлен диагноз: лакунарная ангина. Назначен аугментин. Неделю тому назад на голенях появилась пятнистая геморрагическая сыпь, количество которой в последующие дни увеличилось, появилась припухлость в области лодыжек, в день госпитализации – схваткообразные боли в животе в области пупка.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу ногами. Выражение лица страдальческое. На коже ушных раковин, голеней, ягодиц, мошонки и полового члена пятнистая и пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь мелкая, выступающая над поверхностью кожи. Голеностопные суставы отечные, болезненные при пальпации и движении, на ноги опираться не может. На коже в области голеностопных суставов сливная геморрагическая сыпь с отдельными некротическими элементами. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул скудный без каловых масс с примесью крови (типа мелены). Мочится достаточно, моча светлая.

Общий анализ крови: Hb –128 г/л, эр. 4,8х1012/л, Ц.П. 0,85, тромбоциты 432 х109/л, лейкоциты 10,5х109/л, п/я –9%, с/я – 61%, эоз – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л, альбумины – 38 г/л, мочевина – 5,7 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, АСТ – 20 ЕД/л, АЛТ – 18 ЕД/л, СРБ ++, средние молекулы 130 ЕД/л, АСЛ-О 250 ЕД/л (N до 200 ).

Коагулограмма: протромбиновое время 110%, активированное частичное тромбопластиновое время 70 сек (N 60-70 сек), фибриноген 4,4 г/л, тромбиновое время 10сек (N 10-20сек), этаноловый тест отрицательный.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1030, белок –следы, pH – 5,7, эпителий плоский – 0 -1 в п/зр, лейкоциты – 2 - 4 в п/зр, эритроциты, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Объясните патогенез клинических симптомов заболевания.

3. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?

4. Укажите возможные осложнения при данном заболевании.

5. С врачом какой специальности необходимо проконсультировать больного?

6. Составьте план лечения больного.

***Задача № 3***

Мальчик 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, срочных неосложненных родов. Родился с массой 3200, длиной 52 см. Раннее развитие без особенностей; до года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами.

 Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами направлен на госпитализацию.

При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58/ в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно- коричневого цвета, мутная.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты- измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –4-6 в поле зрения.

Посев мочи – результат отрицательный.

Клинический анализ крови: Hb - 105 г/л; лейк. - 9,2х19, п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%, лимф. - 18%, мон. - 3%, тромб. - 530х109, СОЭ 25 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевина 15 моль/л, креатинин 140 мкмоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О 1:1000, СРБ 0,012 (норма 0,0001), калий 6,1 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.

Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин

УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Диффренцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Этиология данного заболевания?

4. Как Вы оцениваете функцию почек у больного?

5. Ваша тактика лечения?

6. Какая диета необходима больному?

7. Каков генез отеков у больного?

8. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

9. Показано ли больному назначение глюкокортикоидов?

***Задача № 3***

Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4 месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу. Часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери – дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД=95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Клинический анализ крови: Нв-160 г/л, эр. – 5,2х1012/л, тромб. – 416,0х109/л, лейк. – 9,8х109/л; п/я – 3%, с/я – 36%, эоз. – 7%, лимф. – 52%, мон. – 2, СОЭ – 37 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – сол-ж., относительная плотность-1,028, реакция – нейтр., белок – 6,0 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии – мало.

Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л, альбумины – 19 г/л, серомукоид – 0,44, СРБ ++, холестерин – 13 ммоль/л, общие липиды – 13,2г/л (норма – 1,7-4,5), калий –3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген – 4,5 г/л, протромбин – 130%.

Биохимический анализ мочи: белок-2,5 г/сут (норма – до 0,2 г/сут), оксалаты-28 мг/сут (норма – до 17).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.

2. Каков генез отечного синдрома при данном заболевании?

3. С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?

4. Дайте обоснование диагноза.

5. Составьте план обследования.

6. Оцените функциональное состояние почек.

7. Проведите дифференциальный диагноз.

8. Составьте план лечения.

9. Какой диеты необходимо придерживаться при данном заболевании?

10. Какие Вы знаете осложнения глюкокортикоидной терапии?

***Задача № 2***

Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до 38,7оС. После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась.

Ребенок от I нормально протекавщей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей, привит по возрасту, детский сад посещал с 3-х лет, болел нечасто, из детских инфекций перенес ветряную оспу и эпидемический паротит.

При осмотре на дому-2-ой день болезни: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложений на миндалинах нет, из носа слизистые выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, переднешейные лимфоузлы, эластичные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторный звук легочный, аскультативно- жесткое дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания влажных хрипов становится меньше. Частота дыхания 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 96 уд. в 1 мин.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание в норме.

Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, эр – 4,8х1012/л, лейк – 8,4х109/л, п/я - 4%, с/я - 46%, л - 37%, э - 5%, м - 8%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты - нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз?

2. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование?

3. Назначьте лечение.

4. Помогут ли вам сведения о заболеваемости детей в классе?

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Разработайте план противоэпидемических мероприятий.

7. Каковы меры профилактики данного заболевания?

8. Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания.

9. Есть ли у данного ребенка клинические данные за бронхообструктивный синдром?

10. Показано ли физиотерапевтическое лечение этому ребенку? Если да, то какое?

***Задача № 2***

Ребёнок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина 50 см. Роды и период новорожденности без особенностей. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. У матери - пищевая и лекарственная аллергия. В 3мес. Ребёнок перенёс ОРВИ- получал симптоматическое лечение.

Настоящее заболевание началось остро с подъёма температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затруднённым свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см латеральнее от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС140 ударов в минуту. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см. из-под края реберной дуги. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb 118 г/л, эр – 4,3 х10 12/л, лейкоциты – 6,2х 109/л,, п/я -1%, с/я –30%, э –3%, м- 8%, лим. – 58%, СОЭ 15 мм/час

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

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз

2. Какова этиология заболевания?

3. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя?

4. Проведите дифференциальный диагноз

5. Каковы принципы лечения?

6. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном заболевании?

7. Каким специалистам необходимо показать ребенка?

8. Какие виды физиотерапии показаны при данном заболевании?

9. Можно ли лечить ребенка на дому?

10. Каков прогноз данного заболевания?

***Задача № 3***

Ребенок 7,5 месяцев, родился от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, роды в срок, в сентябре. Масса при рождении 3400 г, длина 50 см. На грудном вскармливании находился в течение первого месяца, затем переведен на искусственное вскармливание кисломолочной смесью «Агуша-1». С 5 месяцев получает кисломолочную смесь «Агуша-2» до 500 мл/сут, кашу на цельном молоке – 200 мл/сут, кефир – 200 мл/сут, овощные пюре – 100-150 г/сут. В течение последнего месяца отмечаются беспокойство, вздрагивание при резких звуках, вялость; стал плохо спать. Самостоятельно не сидит, зубов нет.

При осмотре: масса тела 9,7 кг, длина 69 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отмечается облысение затылка, уплощение затылка. Большой родничок 3,0х3,0 см, края податливые. Тургор тканей снижен. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус снижен, живот «лягушачий», имеется расхождение прямых мышц живота. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД=32/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС=124 уд/мин. Печень на 3,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, Эр – 3,5х1012/л, Лейк – 6,0х109/л, п/я – 2%, с/я – 32%, эоз – 2%, лимф – 57%, мон – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – отсутствует, эпителий – нет, лейк – 2-3 в п/зр, эр – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций иониз. – 0,8 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, ЩФ – 900 Ед/л (норма до 600).

Проба мочи по Сулковичу: отр.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз на момент осмотра.

2. Укажите причину заболевания.

3. Какие факторы способствовали развитию заболевания?

4. Оцените данные лабораторных методов обследования.

5. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?

6. Оцените массо-ростовые показатели при рождении и на момент осмотра.

7. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Дайте рекомендации по питанию.

8. Назовите возможные причины задержки моторного развития.

9. Какова тактика лечения этого заболевания?

10. Какова продолжительность лечения?

11. Что будет являться критериями эффективности лечения? Перечислите клинические и лабораторные критерии.

***Задача № 3***

Ребенок 3,5 месяцев. Родился от II беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, роды преждевременные на 35-36 нед гестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. До 1 месяца грудное вскармливание, затем переведен на вскармливание адаптированными молочными смесями. За первый месяц прибавка в массе составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. С 1,5 месяцев отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивалось как признаки перинатального поражения ЦНС. В возрасте 1 месяца был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина Д, но препарат ребенку не давали. В 3 месяца перенес ОРВИ, катаральный отит, лечился амбулаторно.

При диспансерном осмотре в 3,5 месяца масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5х3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации костей черепа отмечается болезненность и размягчение участков в области затылочной кости (краниотабес). Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, снижение тургора тканей, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул со склонностью к запорам.

Общий анализ крови: Hb – 108 г/л, Эр – 3,8х1012/л, Лейк – 8,2х109/л, п/я – 2%, с/я – 28%, эоз – 2%, лимф – 60%, мон – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок отсутствует, лейк – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли – ураты в небольшом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л,кальций иониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600).

КОС крови: pH = 7,35; BE= –7 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой диагноз можно поставить?

2. Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.

3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной, нервной систем?

4. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?

5. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу ребенка.

6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

7. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания?

8. Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?

9. Какое лечение следует назначить ребенку?

.

***Задача № 3***

Девочка 4 лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г., длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 390С, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: пуэрильное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень +4 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Нв-80 г/л, эр.-3,5х1012/л, ретик.-8%, тромб.-70,0х109/л, лейк.-15,7х109/л; п/я-2%, с/я-70%, л-19%, м.-9%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, относительная плотность – 1010, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 4-6 в п/зр, эритроциты – до 100 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, СРБ – ++, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, мочевина – 38,6 ммоль/л, креатинин – 673 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 18,0 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Каков патогенез данного состояния?

3. Какова причина развития желтушного синдрома?

4. Дайте обоснование диагноза.

5. Объясните механизм развития почечной недостаточности.

6. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

7. Каковы Ваши терапевтические мероприятия?

***Задача № 3***

Девочка 4 лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г., длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 390С, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: пуэрильное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень +4 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Нв-80 г/л, эр.-3,5х1012/л, ретик.-8%, тромб.-70,0х109/л, лейк.-15,7х109/л; п/я-2%, с/я-70%, л-19%, м.-9%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, относительная плотность – 1010, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 4-6 в п/зр, эритроциты – до 100 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, СРБ – ++, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, мочевина – 38,6 ммоль/л, креатинин – 673 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 18,0 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Каков патогенез данного состояния?

3. Какова причина развития желтушного синдрома?

4. Дайте обоснование диагноза.

5. Объясните механизм развития почечной недостаточности.

6. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

7. Каковы Ваши терапевтические мероприятия?

***Задача № 3***

Ребенок Максим Я., 14 лет поступил с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больной получал антибактериальную терапию без эффекта, затем получил курс УВЧ-терапии на область увеличенных лимфатических узлов, после чего отмечалось их увеличение, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически высоко лихорадит до 38,5оС, что сопровождется ознобом, беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0х7,0см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

В общем анализе крови: гемоглобин 132 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, цв.п. 0,88, тромбоциты 495х109/л, лейкоциты 8,4х109/л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 1%, моноциты 3%, лимфоциты 20%, СОЭ 37 мм/час.

В биоптате шейного лимфатического узла обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

На рентгенограмме органов грудной клетки – расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов. На УЗИ органов брюшной полости- печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

В миелограмме – костный мозг клеточный, бласты 0,2%, нейтрофильный росток 65%, эритроидный росток 21%, лимфоциты 8%, эозинофилы 6%, мегакариоциты 1 на 200 миелокариоцитов.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии заболевания и гистологического варианта?

3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?

4. Были ли ошибки участкового врача в тактике ведения больного, если да, то какие?

5. Что включает в себя лечение данной патологии?

6. От чего зависит обьем лечебных мероприятий?

7. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.

**ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ №1**

**Критерии оценки знаний по дисциплине «Факультетская и госпитальная педиатрия» для студентов 6-го курса, обучающихся по специальности «Педиатрия».**

1. ***Знания обучающихся оцениваются по пятибалльной системе в соответствии с требованиями к выставлению оценки по каждому предмету***.
2. ***Оценка устных ответов.***
	1. **Оценка “5” ставится, если обучающийся:**
		1. Показывает глубокое и полное знание и понимание всего объёма программного материала; полное понимание сущности рассматриваемых понятий, явлений и закономерностей, теорий, взаимосвязей;
		2. Умеет составить полный и правильный ответ на основе изученного материала; выделять главные положения, самостоятельно подтверждать ответ конкретными примерами, фактами; самостоятельно и аргументировано делать анализ, обобщения, выводы. Устанавливать межпредметные (на основе ранее приобретенных знаний) и внутрипредметные связи, творчески применять полученные знания в незнакомой ситуации. Последовательно, чётко, связно, обоснованно и безошибочно излагать учебный материал; давать ответ в логической последовательности с использованием принятой терминологии; делать собственные выводы; формулировать точное определение и истолкование основных понятий, законов, теорий; при ответе не повторять дословно текст учебника; излагать материал литературным языком; правильно и обстоятельно отвечать на дополнительные вопросы преподаваателя. Самостоятельно и рационально использовать наглядные пособия, справочные материалы, учебник, дополнительную литературу, первоисточники; применять систему условных обозначений при ведении записей, сопровождающих ответ; использование для доказательства выводов из наблюдений и опытов;
		3. Самостоятельно, уверенно и безошибочно применяет полученные знания в решении проблем на творческом уровне; допускает не более одного недочёта, который легко исправляет по требованию преподавателя; имеет необходимые навыки работы с приборами, чертежами, схемами и графиками, сопутствующими ответу; записи, сопровождающие ответ, соответствуют требованиям.
	2. **Оценка “4” ставится, если обучающийся:**
		1. Показывает знания всего изученного программного материала. Даёт полный и правильный ответ на основе изученных теорий; незначительные ошибки и недочёты при воспроизведении изученного материала, определения понятий дал неполные, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов; материал излагает в определенной логической последовательности, при этом допускает одну негрубую ошибку или не более двух недочетов и может их исправить самостоятельно при требовании или при небольшой помощи преподавателя; в основном усвоил учебный материал; подтверждает ответ конкретными примерами; правильно отвечает на дополнительные вопросы.
		2. Умеет самостоятельно выделять главные положения в изученном материале; на основании фактов и примеров обобщать, делать выводы, устанавливать внутрипредметные связи. Применять полученные знания на практике в видоизменённой ситуации, соблюдать основные правила культуры устной речи и сопровождающей письменной, использовать научные термины;
		3. Не обладает достаточным навыком работы со справочной литературой, учебником, первоисточниками (правильно ориентируется, но работает медленно). Допускает негрубые нарушения правил оформления письменных работ.
	3. **Оценка “3” ставится, если обучающийся:**
		1. Усвоил основное содержание учебного материала, имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению программного материала;
		2. Материал излагает несистематизированно, фрагментарно, не всегда последовательно;
		3. Показывает недостаточную сформированность отдельных знаний и умений; выводы и обобщения аргументирует слабо, допускает в них ошибки.
		4. Допустил ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определения понятий дал недостаточно четкие;
		5. Не использовал в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений, фактов, опытов или допустил ошибки при их изложении;
		6. Испытывает затруднения в применении знаний, необходимых для решения задач различных типов, при объяснении конкретных явлений на основе теорий и законов, или в подтверждении конкретных примеров практического применения теорий;
		7. Отвечает неполно на вопросы учителя (упуская и основное), или воспроизводит содержание текста учебника, но недостаточно понимает отдельные положения, имеющие важное значение в этом тексте;
		8. обнаруживает недостаточное понимание отдельных положений при воспроизведении текста учебника (записей, первоисточников) или отвечает неполно на вопросы преподавателя, допуская одну-две грубые ошибки.
	4. **Оценка “2” ставится, если обучающийся:**
		1. не усвоил и не раскрыл основное содержание материала;
		2. не делает выводов и обобщений.
		3. не знает и не понимает значительную или основную часть программного материала в пределах поставленных вопросов;
		4. или имеет слабо сформированные и неполные знания и не умеет применять их к решению конкретных вопросов и задач по образцу;
		5. или при ответе (на один вопрос) допускает более двух грубых ошибок, которые не может исправить даже при помощи преподавателя.
3. ***Оценка письменных контрольных работ.***

«ЗУН» - аббревиатура из слов «знания», «умения», «навыки».

* 1. **Оценка “5” ставится, если обучающийся:**
		1. выполнил работу полностью, без ошибок и недочетов;
		2. объем ЗУНов составляет 90-100% содержания
	2. **Оценка “4” ставится, если обучающийся:**
		1. выполнил работу полностью, но допустил в ней не более одной негрубой ошибки и одного недочета
		2. или не более трех недочетов.
		3. объем ЗУНов составляет 70-90% содержания
	3. **Оценка “3” ставится, если обучающийся:**
		1. правильно выполнил не менее половины работы
		2. или допустил не более двух грубых ошибок;
		3. или допустил не более одной грубой и одной негрубой ошибки и одного недочета;
		4. или допустил не более трех негрубых ошибок;
		5. или одной негрубой ошибки и трех недочетов;
		6. или при отсутствии ошибок, но при наличии четырех-пяти недочетов.
		7. учащийся владеет ЗУНами в объеме 50-70% содержания
	4. **Оценка “2” ставится, если обучающийся:**
		1. допустил число ошибок и недочетов превосходящее норму, при которой может быть выставлена оценка “3”;
		2. или если правильно выполнил менее половины работы.
		3. объем ЗУНов учащегося менее 50% содержания

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ, КОТОРЫМИ ДОЛЖЕН ОВЛАДЕТЬ СТУДЕНТ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО педиатрии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Перечень практических навыков, необходимых для сдачи экзамена | Кол-во |
| 1. | Устанавливать психологический и речевой контакт с пациентами различного возраста. | 8-10 |
| 2 | Собирать и оценивать анамнез жизни и болезни ребенка, оценивать значениеданных акушерско-гинекологического анамнеза матери для развития патологии уноворожденного ребенка. | 8-10 |
| 3. | Осуществлять контроль за проведением первичного туалета новорожденного вродильном зале (обработка кожи, профилактика гонобленореи, обработка пуповины и пуповинного остатка). | 4-5 |
| 4. | Оценивать состояние новорожденного по шкале Апгар, степеньморфофункциональной зрелости новорожденного, физиологические рефлексыноворожденного. | 3-4 |
| 5. | Оценить тяжесть дыхательной недостаточности у новорожденного по шкалеСильвермана, определить показания и противопоказания к проведению фототерапии у новорожденных, заменного переливания крови у новорожденных | 3-4 |
| 6. | Определять режим тепла и влажности для новорожденного ребенка в зависимостиот степени зрелости и тяжести состояния, проводить расчет питания и питьевогорежима новорожденным в зависимости от степени зрелости и имеющейсяпатологии. | 2 |
| 7. | Оценивать состояние больного ребенка различного возраста по данным осмотра,вегетативный статус у детей различного возраста, выявлять отклонения в развитиидетей различного возраста по данным антропометрического и нервно-психическогообследования. | 2 |
| 8. | Выявлять симптомы поражения различных органов и систем новорожденных,детей раннего и старшего возраста при клиническом обследовании (осмотр,пальпация, перкуссия, аускультация). | 3-4 |
| 9. | Оценивать температурные кривые у детей различного возраста в зависимости отпатологии. | 1-2 |
| 10. | Измерять и оценивать артериальное давление, частоту сердечных сокращений идыханий у детей различного возраста. | 3-4 |
| 11. | Знать показания для проведения спинномозговой пункции, костно-мозговой пункции, катетеризации мочевого пузыря. | 3-4 |
| 12. | Оценивать с учетом возраста ребенка результаты клинического и биохимического анализа крови, анализа мочи, кала, пота и других биологических материалов. | 4-5 |
| 13. | Оценить результаты исследования миелограммы, кислотно-основного состояния крови, иммунного статуса, серологических исследований крови. | 3-4 |
| 14. | Оценить результаты исследования посевов биологического материала, ликвора с учетом возраста ребенка и имеющейся патологии. | 2-3 |
| 15. | Оценить результаты рентгенологического исследования, ультразвукового сканирования, компьютерной томографии, магнитно-резонансного сканированияорганов у детей различного возраста. | 3-4 |
| 16. | . Оценить результаты ЭКГ и ЭхоКГ с учетом возрастных особенностей ребенка,проводить и оценивать результаты функциональных нагрузочных проб. | 2-3 |
| 17. | Оценить результаты исследования кишечного биоценоза и определить пути его коррекции у детей раннего возраста. | 2-3 |
| 18. | Оценивать результаты эндоскопического исследования мочевых путей и кишечника у детей при различной патологии. | 4-5 |
| 19. | Обосновывать этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию при различных патологических состояниях с учетом возраста пациентов. | 3 |
| 20. | . Рассчитывать дозы и разведения лекарственных средств, применяемые для новорожденных, детей раннего и старшего возраста. | 3 |
| 21. | Составлять режим дня больных детей различных возрастных групп, проводить расчет и коррекцию питания больных детей различных возрастных групп. | 3 |
| 22. | Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь детям и подросткам. | 1 |

**ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ №1**

**Темы рефератов по дисциплине «факультетская и госпитальная терапия» для студентов 6-го курса, обучающихся по специальности «Педиатрия», рекомендованных кафедрой для учебно-исследовательской работы.**

1. Недоношенные дети с экстремально низкой массой тела при рождении.

2. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния .Показания к хирургической коррекции. Прогноз. Исходы. Осложнения.

3. Респираторная патология новорожденных.

4. Бронхолегочная дисплазия

5. Особенности гемостаза у новорожденных детей.

6. Наследственные коагулопатии. Дифференциально-диагностические признаки.

7. Неотложная терапия геморрагического синдрома новорожденных в зависимости от причины тромбоцитопении.

8. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание у новорожденных.

9. Хромосомные (трисомии 13, 18, 21 хромосом). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

10. Токсические (алкогольный синдром плода, лекарственная дисморфия, медикаментозная депрессия плода, никотиновая и наркотическая интоксикация).

11. Диабетическая эндокрипатия. Дифференциальный диагноз.

12. Неотложная терапия гипогликемии, надпочечниковой недостаточности, гипоксии. 13 13. Синдром сахарного диабета

14. Гипотиреоз (врожденный, транзиторный). Неонатальный скрининг. Дифференциальный диагноз.

15. Гипертиреоз новорожденных.

16. Острая надпочечниковая недостаточность новорожденных (кровоизлияния в надпочечники, агенезия, гипоплазия, вторичная функциональная недостаточность, врожденная дисфункция коры надпочечников).

17. Гипопаратиреоз (транзиторный, врожденный).

18. Гиперпаратиреоз (транзиторный, врожденный).

19. Диареи новорожденных (лактазная недостаточность, хлоридная диарея, энтероколиты).

20. Патология пищевода (атрезия, стеноз, халазия, ахалазия, эзофагит).

21. Пилороспазм, пилоростеноз.

22. Патология кишечника (высокая и низкая кишечная непроходимость, мекониальный илеус). Дифференциальный диагноз. Острая кишечная непроходимость, неотложная терапия. Лечение. Исходы.

23. Клиника отечно-геморрагического синдрома, рассеянных ателектазов, болезни гиалиновых мембран. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение.

24. Конъюгационные желтухи (гипербилирубинемия вследствие замедленной конъюгации билирубина, гипербилирубинемия недоношенных, семейная транзиторная гипербилирубинемия, синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра). Дифференциальный диагноз.

25. Гемолитические желтухи (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственный сфероцитоз, ферментопатии эритроцитов, дефицит витамина Е). Диагностика.

26. Дифференциальный диагноз механических и паренхиматозных желтух.

27. Внебольничные пневмонии.

28.Внутрибольничные пневмонии.

29. Первичный инфекионный токсикоз: оказания и особенности инфузионной терапии. Коррекция сердечно-сосудистых расстройств и дыхательной недостаточности.

30. Понятие кор­рекции естественного вскармливания. роки введения соков и фрук­товых пюре, их ассортимент, допустимые объемы на первом году жизни.

 31. Рациональное питание детей старше года. Распределение суточного калоража пищи. Потребность детей в основных пищевых ингредиентах: белках, жирах, углеводах, мине­ральных солях, витаминах и калориях.

32. Лечебное питание. Диетические столы. Организация питания в стационаре.

33. Дифференциальный диагноз тубулопатий с рахитоподобным синдромом (витамин D - зависимый рахит, фосфат-диабет, синдром де Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз).

34. Гипертермический синдром. Лечение. Выбор современных антипиретических лекарственных средств. Неотложная помощь.

35. Судорожный синдром. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь.

36. Бронхообструктивный синдром. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.

37. Дифференциальный диагноз первичных иммунодефицитных состояний.

38. Дифференциальный диагноз при синдрому нарушенного кишечного всасывания.

39. Нарушения обмена аминокислот - аминоацидопатии (гиперфенилаланинемия, тирозинемия I, II типа, нарушение обмена триптофана, алкаптонурия).

40. Дислипопротеинемии, липидозы. Дифференциальный диагноз. Современные возможности терапии.

41. Нарушения обмена углеводов (галактоземия, фруктоземия, гликогенозы).

42. Альвеолиты, плевриты. Этиология.

43. Дыхательная недостаточность.

44. Дифференциальный диагноз пороков развития бронхолегочной системы.

45. Муковисцидоз. Распространенность. Тип наследования. Диагностика (пилокарпиновая проба, ДНК-диагностика).

46. Синдром Хаммана-Рича. Наследственность. Клиника. Рентгенологическая картина. Тип расстройств функции внешнего дыхания.

47. Синдром Картагенера. Тип наследования. Клинико-рентгенологическая симптоматика. Тип расстройств функции внешнего дыхания.

**ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ №1**

**Тесты к итоговой аттестации по дисциплине «факультетская и госпитальная педиатрия» для студентов 6-го курса, обучающихся по специальности «Педиатрия».**

**1**.**В период адаптации к детскому саду профилактические прививки проводить:**

а) можно б) нельзя

**2.Окружность головы доношенного ребенка при рождении составляет:**

а) 30-32 см б) 32-34 см в) 34-36 см г) 36-38 см д) 38-40 см

**3.Показатели нервно-психического развития ребенка в 3 мес.:**

а) лежа на животе поднимает голову и опирается на предплечья

б) на общение отвечает "комплексом оживления"

в) переворачивается с живота на спину

г) гулит

д) отличает мать и близких от чужих

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

а) хорошо развита защитная функция

б) хорошо развита резорбция через кожу

в) несовершенна регуляция температуры тела через кожу

г) недостаточно развита выделительная функция

д) низкая интенсивность дыхания через кожу

**5.Прорезывание всех 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

**6.У новорожденного ребенка состояние мышц характеризуется:**

а) мышечной гипотонией

б) преобладанием тонуса мышц-разгибателей конечностей

в) преобладанием тонуса мышц-сгибателей конечностей

г) во время сна мышцы расслабляются

д) основная масса мышц приходится на мышцы туловища

**7.У детей пуэрильное дыхание выслушивается в возрасте:**

а) с рождения до 4 лет

б) с 6 мес. до 5-7 лет

в) с 1 года до 8 лет

г) с 6 мес. до 12 лет

 **8.Работоспособность детского сердца обеспечивается:**

а) относительно большой массой сердца (на 1 кг массы тела)

б) магистральным типом коронарного кровотока

в) большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности

г) малым количеством анастомозов сосудов сердца

**9.У новорожденного левая граница относительной тупости сердца находится:**

а) по срединно-ключичной линии

б) по передней подмышечной линии

в) кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см

г) кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

**10.У здоровых детей нижний край печени выходит из-под правого края**

 **реберной дуги до:**

а) 3-5 лет б) 5-7 лет в) 7-9 лет г) 9-11 лет д) 11-13 лет

**11.У новорожденных детей отмечаются следующие характеристики лимфоцитарного звена иммунитета:**

а) абсолютное количество лимфоцитов нарастает после 5 дня жизни

б) все правильные

в) процентное содержание субпопуляций лимфоцитов такое же, как у взрослых

г) функции иммунофенотипов 5В не всегда соответствуют их функциям у взрослых

д) чувствительность к цитокинам и интерлейкинам снижена

**12.К особенностям системы иммунитета у подростков относятся:**

а) увеличение массы тимуса

б) инволюция тимуса

в) нестабильность регуляции клеточного и гуморального звеньев иммунитета

г) снижение частоты аутоиммунных и лимфопролиферативных заболеваний

**13.Общий расход энергии у детей на единицу массы с возрастом:**

а) уменьшается

б) увеличивается

в) не меняется

**14.Содержание общего белка в сыворотке крови детей старше 1 года жизни**

**составляет в г/л:**

а) 20-30 б) 30-40 в) 40-50 г) 50-60 д) 60-80

**15.Количество внеклеточной жидкости (%) в организме ребенка с возрастом:**

а) увеличивается б) уменьшается в) не изменяется

**16.У детей содержание натрия в сыворотке крови составляет в ммоль/л:**

а) 100-120 б) 120-140 в) 135-145 г) 145-160 д) 150-170

**17.Укажите сроки второго периода вытяжения (ускорения роста):**

а) 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лету девочек

б) 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек

в) 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек

г) 13-16 лет у мальчиков и 10-15 лет у девочек

**18.У ребенка моторная речь появляется чаще в возрасте**

а) 5-6 мес. б) 7-8 мес. в) 8-9 мес. г) 10-12 мес. д) 12-15 мес.

**19.Свободным вскармливанием грудных детей называется режим питания:**

а) каждые 3 часа с ночным перерывом

б) каждые 3 часа

в) когда ребенок определяет часы и объем кормлений (кормления по«требованию» ребенка)

г) в определенные часы, объем пищи определяется ребенком

**20. Различают следующие формы гипогалактии:**

а) ранняя б) поздняя в) первичная г) вторичная д) все верно

**21.Время переваривания женского молока в желудке (в часах):**

а) 1-2 б) 2-2,5 в) 2,5-3 г) 3-4 д) 4-5

**22.Доля углеводов в суточном рационе питания, обеспечивающая**

**энергетические потребности детей 1-го года жизни:**

а) 20% б) 30% в) 40% г) 50% д) 60%

**23.Суточный объем питания ребенка первых 2 месяцев жизни составляет (часть от массы тела):**

а) 1/8 б) 1/7 в) 1/6 г) 1/5 д) 1/4

**24.Среднее число кормлений за сутки ребенка 2-го полугодия жизни:**

а) 3 б) 4 в) 5 г) 6 д) 7

**25.Желтуха при гемолитической болезни новорожденного появляется:**

а) на 1-2 день жизни

б) на 4-6 день жизни

в) после 7 дня жизни

**26.В терапии гемолитической болезни новорожденного используют:**

а) инфузионную терапию

б) все верно

в) фототерапию

г) фенобарбитал

д) заменное переливание крови

**27.Цирроз печени как исход фетального гепатита отмечается:**

а) во всех случаях б) не во всех случаях

**28)Геморрагическая болезнь новорожденного обусловлена нарушением:**

а) сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза б) коагуляционного звена гемостаза

**29.Число эритроцитов в периферической крови при геморрагической болезни новорожденного:**

а) нормальное б) нормальное или пониженное

**30.Протромбиновый комплекс при геморрагической болезни новорожденного:**

а) нормальный б) повышен в) снижен

**31.Транзиторные особенности метаболизма новорожденного включают:**

а) катаболическую направленность белкового обмена

б) катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию

в) метаболический ацидоз, гипогликемию

**32.Физиологическая желтуха новорожденного развивается в результате:**

а) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином

б) гипоальбуминемии

в) снижения активности глюкуронилтрансферазы

г) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином и гипоальбуминемии

д) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином, гипоальбуминемии и снижения активности глюкуронилтрансферазы

**33.II степень задержки внутриутробного развития у доношенного новорожденного**

**характеризуется:**

а) отставанием в росте на 2-4 см и более

б) массо-ростовым показателем 55-59,9

в) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях

г) наличием пороков развития

д) увеличением размеров паренхиматозных органов

**34.Принципами терапии новорожденных с задержкой внутриутробного развития являются:**

а) коррекция грудного вскармливания

б) коррекция сердечной деятельности

в) коррекция функций ЖКТ

г) антибактериальная терапия

д) инсулинотерапия

**35.Для гемолитической болезни новорожденного характерен гемолиза:**

а) внутрисосудистый б) внутриклеточный

**36.Для гемолитической болезни новорожденного характерен гемолиза:**

а) внутрисосудистый б) внутриклеточный

**37.Трансплацентарная тромбоцитопеническая пурпура возникает**

**у новорожденного при:**

а) недостаточности образования тромбоцитов

б) несовместимости крови матери и плода по АВО-системе

в) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов

г) иммунной тромбоцитопенической пурпуре у матери

**38.Для диагностики синдрома заглоченной крови у новорожденного используют:**

а) тест Апта

б) исследование общего анализа периферической крови

в) исследование коагулограммы

г) бактериологическое исследование промывных вод желудка

д) эзофагогастрофиброскопическое исследование

**39.Хроническая кровопотеря у плода и новорожденного характеризуется:**

а) снижением уровня эритроцитов и гемоглобина

б) гиповолемическим шоком

в) повышением уровня ретикулоцитов

г) увеличением размеров печени

д) увеличением размеров селезенки

**40.По отношению к норме плацента при хронической внутриутробной гипоксии:**

а) уменьшается б) не изменяется в) увеличивается

**41.Для дыхательной недостаточности I степени у новорожденного характерны:**

а) в покое соотношение Д/Рз= 1:3

б) резкая одышка в покое с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры

в) частота дыхания при физической нагрузке возрастает на 10-20% по сравнению с возрастной нормой

г) цианоз диффузный

**42.К возбудителям, вызывающим развитие атипичных пневмоний у**

**новорожденных относятся:**

а) клебсиелла

б) стафилококки

в) микоплазма

г) пневмококк

д) хламидии

**43.При аспирации с формированием полисегментарного ателектаза у**

**новорожденного рентгенологическими признаками являются:**

а) инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией

б) незначительное снижение прозрачности легочных полей без перифокального воспаления

в) ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочных полей

г) треугольная тень, обращенная верхушкой к корню легкого

д) смещение органов средостения в пораженную сторону

**44.Изменения на коже вследствие перенесенной флегмоны новорожденных:**

 а) остаются б) не остаются

**45.Септицемическая форма сепсиса новорожденных характеризуется:**

а) наличием гнойных очагов, отсутствием инфекционного токсикоза

б) выраженным инфекционным токсикозом,одним или несколькими гнойными очагами

в) выраженным инфекционным токсикозом, отсутствием метастатических гнойных очагов

**46.При лечении перелома ключицы у новорожденных применяют:**

а) гипсовую повязку

б) повязку Дезо

в) физиотерапевтические процедуры

г) не проводят иммобилизации

д) антибактериальную терапию

**47.При проксимальном типе акушерского пареза Дюшена-Эрба на стороне**

**поражения выявляются следующие изменения:**

а) ротация руки внутрь

б) все верно

в) гипотония мышц

г) ограничение или отсутствие активных движений в плечевом и локтевом суставах

д) отсутствие ладонно-ротового рефлекса

**48.Показаниями для проведения спинно-мозговой пункции у**

**новорожденных являются:**

а) судороги

б) гипербилирубинемия

в) подозрение на менингит

г) прогрессирующая гидроцефалия

д) отечный синдром

**49.Уровень калия в сыворотке крови при надпочечниковой недостаточности:**

 а) уменьшается б) не изменяется в) повышается

**50.Наиболее частая локализация аспирационной интранатальной пневмонии:**

а) слева по всему легкому б) двухсторонняя в) справа в средних отделах

**51.Причиной халазии у новорожденных является:**

а) понижение тонуса кардиального отдела желудка

б) повышение тонуса кардиального отдела желудка

в) генетическая предрасположенность

г) пилороспазм

**52.Халазия у новорожденных может осложниться:**

а) энтероколитом

б) аспирационным синдромом

в) высокой кишечной непроходимостью

г) запорами

д) эрозивным эзофагитом

**53.Врожденные инфекции, при которых отмечается поражениесердца, чаще вызываются:**

а) токсоплазмой

б) вирусом краснухи

в) все верно

г) Коксаки вирусами

д) ЕСНО вирусами

**54.Для лечения тяжелой формы врожденного буллезного эпидермолиза новорожденному применяют:**

а) гормональную терапию

б) гормональную и инфузионную терапию

в) гормональную, инфузионную и антибактериальную терапию

**55.Если беременная страдает сахарных диабетом, то у плода возможно развитие:**

а) эмбриопатии б) фетопатии в) эмбриофетопатии

**56.При воздействии инфекционного фактора в эмбриональном периоде**

**могут отмечаться:**

а) выкидыши на ранних сроках беременности

б) стигмы дисэмбриогенеза у новорожденного

в) врожденный порок сердца

г) фиброэластоз эндокарда

**57.К транзиторным особенностям функций почек новорожденных относятся:**

а) олигурия

б) протеинурия, лейкоцитурия,

в) олигурия, лейкоцитурия, мочекислая нефропатия

г) протеинурия, лейкоцитурия, мочекислый инфаркт

д) олигурия, протеинурия, мочекислая нефропатия

**58.Потребность недоношенного в калориях в период прибавки массы тела до достижения веса**

 **2500 г составляет:**

а) 140 ккал/кг б) 110 ккал/кг в) 120 ккал/кг

**59.К груди можно приложить недоношенного ребенка:**

а) с массой тела более 1800 г в удовлетворительном состоянии

б) с массой тела более 1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлекса

в) при достаточном количестве молока у матери

г) с любой массой в удовлетворительном состоянии

**60.Этиотропной терапией ранней анемии недоношенных является назначение:**

а) переливаний эритроцитарной массы

б) витамина Е

в) рекомбинантного эритропоэтина

г) дексаметазона

**61.При первичных диссеминированных ателектазах в легких выслушивается:**

а) чередование «немых» участков и участков с нормальным дыханием

б) ослабленное дыхание, возможно появление крипитирующих хрипов на 2-3 сутки жизни

в) жесткое дыхание, сухие хрипы

**62.Прогноз новорожденного при гипопластическом варианте задержки внутриутробного развития:**

а) благоприятный б) неблагоприятный

**63.К особенностям течения периода адаптации у новорожденных с задержкой внутриутробного развития относятся:**

а) большая физиологическая потеря массы тела

б) развитие отечного синдрома

в) формирование постнатальной гипотрофии

г) диспептические расстройства

д) повышение температуры тела

**64.Гемолитическая болезнь новорожденного при I беременности**

**обусловлена чаще несовместимостью крови матери и плода:**

а) по АВО-системе б) по резус-фактору

**65.Наблюдение за здоровыми новорожденными 1 группы здоровья на первом месяце жизни проводится врачом:**

а) 2 раза б) 3 раза в) 4 раза г) 5 раз

**66.Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется**

а) гипоплазией

б) аплазией

в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

**67.При железодефицитной анемии выявляется снижение:**

а) процента насыщения трансферрина

б) уровня сывороточного железа

в) уровня ферритина в сыворотке

г) концентрации гемоглобина в эритроците

д) железосвязывающей способности сыворотки крови

**68.Депонированное железо представлено в организме в виде:**

а) двуокиси железа б) гемосидерина в) закиси железа г) ферритина

**69.При лечении детской экзема в последнюю очередь будут использованы:**

а) антигистаминные препараты

б) седативные препараты

в) ферменты

г) глюкокортикоиды

д) антилибераторы

**70.Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:**

а) нервно-артритическом б) лимфатико-гипопластическом

**71.При лечении ребенка с нервно-артритическим диатезом в последнюю очередь назначается:**

а) обильное щелочное питье

б) аллопуринол

в) седативная терапия

г) диета с ограничением продуктов богатых пуринами

**72.Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет:**

а) 1-2 дня б) 3-7 дней в) 10 дней г) до 14 дней

**73.Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:**

а) 5-8% б) 5-15% в) 10-20% г) 20-30% д) более 30%

**74.Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени**

**в период определения толерантности к пище составляет:**

а) 2/3 от нормы б) 1/2 от нормы в) 1/3 от нормы

**75.Для рахита характерен:**

а) метаболический ацидоз б) дыхательный ацидоз в) алкалоз

**76.1,25-дигидрохолекальциферол образуется в:**

а) почках б) печени в) кишечнике

**77.На фосфорно-кальциевый обмен в организме влияют:**

а) 1,25-дигидрохолекальциферол

б) все правильные

в) кальцитонин

г) кортикостероиды

д) паратгормон

**78.Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:**

а) массаж, гимнастика

б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день

в) водный раствор витамина ДЗ по 500 МЕ через день

г) водный раствор витамина ДЗ по 2-3 тыс.МЕ ежедневно

д) водный раствор витамина ДЗ по 500-1000 МЕ ежедневно

**79.При спазмофилии симптом Хвостека можно выявить у ребенка:**

а) в состоянии покоя б) при плаче

**80.Временем года, когда чаще встречается спазмофилия, является:**

а) осень б) весна в) лето г) зима

**81.Кашей, обладающей антикальцифицирующим свойством и**

**рекомендуемой в рацион ребенка при гипервитаминозе D, является:**

а) гречневая б) овсяная в) рисовая

**82.Возможными осложнениями при гипервитаминозе D являются:**

а) стойкое повышение артериального давления

б) все правильные

в) пневмосклероз

г) кальциноз легких и мозга

д) уролитиаз

**83.Развитие деструкции легочной ткани характерно для пневмонии, вызванной:**

а) пневмококком б) стафилококком в) пневмоцистами

**84.Пренатальная диагностика болезни Гоше:**

а) возможна б) невозможна

**85.Пренатальная диагностика болезни Гоше:**

а) возможна б) невозможна

**86.Диагноз болезни Ниманна-Пика подтверждается определением активности фермента сфингомиелиназы в:**

а) лейкоцитах

б) эритроцитах

в) фибробластах кожи

г) гепатоцитах

д) тромбоцитах

**87.Характерными лабораторными признаками фенилкетонурии являются:**

а) нормальный уровень фенилаланина в крови, повышение экскреции метаболитов

фенилаланина с мочой, повышенный уровень тирозина в крови.

б) повышение уровня фенилаланина в крови,повышение экскреции метаболитов

фенилаланина с мочой, повышенный уровень тирозина в крови.

в) повышение уровня фенилаланина в крови, повышение экскреции метаболитов

фенилаланина с мочой, сниженный уровень тирозина в крови

г) повышение уровня фенилаланина в крови,нормальная экскреция метаболитов

фенилаланина с мочой, нормальный уровень тирозина в крови.

**88.Болезнь Брутона проявляется:**

а) рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями

б) рецидивирующими вирусными инфекциями

в) рецидивирующими грибковыми инфекциями

г) аллергическими состояниями

д) сепсисом

**89.Синдром Ди Джорджи проявляется:**

а) рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями

б) рецидивирующими вирусными инфекциями

в) рецидивирующими грибковыми инфекциями

г) сепсисом

д) недостаточностью паращитовидных желез?

**90.Синдром Вискотта-Олдрича манифестирует:**

а) с 1-х месяцев жизни б) после 3-4-х мес. жизни

**91.Для синдрома Луи-Бар характерно:**

а) мозжечковая атаксия

б) судороги

в) телеангиэктазии на коже

г) пятнисто-папулезная сыпь

д) хроническая пневмония

**92.При болези Помпе (гликогеноз II типа) после введения глюкагона уровень сахара в** **крови:**

а) повышается б) понижается в) не изменяется

**93.Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода в:**

а) первый триместр беременности

б) второй триместр беременности

в) третий триместр беременности

**94.При железодефицитной анемии выявляется снижение:**

а) процента насыщения трансферрина

б) уровня сывороточного железа

в) уровня ферритина в сыворотке

г) концентрации гемоглобина в эритроците

д) железосвязывающей способности сыворотки крови

**95.При полной транспозиции магистральных сосудов в периоде новорожденности операция:**

а) показана б) не показана

**96.При врожденном пороке сердца - полная транспозиция магистральных**

**сосудов для сохранения жизнеспособности наличие компенсирующего дефекта:**

а) обязательно б) необязательно

**97.При врожденном пороке сердца - полная транспозиция магистральных**

 **сосудов для сохранения жизнеспособности наличие компенсирующего дефекта:**

а) обязательно б) необязательно

**98.При ревматизме решающее значение в этиологии имеют:**

а) бета-гемолитический стрептококк группы А

б) бета-гемолитический стрептококк группы В

в) стафилококки

г) вирусы

**99.Особенностями ревматического полиартрита являются:**

а) симметричное поражение мелких суставов

б) поражение крупных суставов

в) «летучий» характер полиартрита

г) продолжительность полиартрита более 10 дней

**100.Клиническими признаками миокардита являются:**

а) глухость сердечных тонов

б) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево

в) акцент второго тона во втором межреберье слева

г) лимфополиадения

д) тахикардия

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название дисциплины** | **Формируемые компетенции** | **Содержание дисциплины** | **Оценочные средства** |
| 1 | **«Госпитальная педиатрия»** | **ОК-1** определяется способностью и готовностью анализировать социально- значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико- биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности**ОК-5** определяется способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности.**ОК-8** определяется способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией**ПК-1** определяется способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками. **ПК-3** определяется способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности.**ПК-5** определяется Способностью и готовностью к изготовлению лекарственных средств по рецептам врачей в условиях фармацевтических организаций, включая выбор технологического процесса, с учетом санитарных требований.**ПК-9** определяется способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач **ПК-15** определяется способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом **ПК-16** определяется способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов**ПК-17** определяется способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний **ПК-18** определяется способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы **ПК-19** определяется способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия **ПК-20** определяется способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.**ПК-21** Способность и готовность к обеспечению деятельности фармацевтических предприятий и организаций по охране труда и технике безопасности.**ПК-22** определяется способностью и готовностью назначать и использовать медикаментозные средства, проводить мероприятия по соблюдению правил их хранения исследований  | **Модуль 1. Неонатология** * 1.1. Дифференциальная диагностика патологических желтух ;
* Анемии и геморрагические заболевания новорожденных;
* Гемолитическая болезнь новорожденных;
* Внутриутробные инфекции периода новорожденности;
* Перинатальные поражения ЦНС;
* Сепсис новорожденных;

Неотложные состояния в неонатологии.***Модуль* 2**. **Патология детей раннего возраст*** Острые пневмонии у детей раннего возраста;
* Лихорадка у детей раннего возраста;
* Бронхообструктивный синдром ;
* Синдром нарушенного кишечного всасывания, нарушение питания, гипотрофии;

Иммунодефицитные состоянияМодуль 3.Кардиология * **3.1.** Неревматические кардиты;
* Инфекционный эндокардит;
* Перикардиты;
* Нарушения сердечного ритма;
* Сердечная недостаточность;
* Синдром вегетативной дисфункции;
* Артериальные гипертензии;
* Ревматоидный артрит;

Системная красная волчанка**Модуль4. Гастроэнтерология.*** 4.1Болезни пищевода;
* Неспецифические заболевания кишечника;
* Хронические гепатиты;
* Цирроз печени.
* Гастроэзофагально-рефлюксная болезнь;
* Современные проблемы дисбактериоза.
* Гельминтозы

Заболевания поджелудочной железы у детей**.****Модуль.5. Нефрология**.* 5.1. Врожденные и наследственные заболевания почек;
* Интерстициальный и наследственный нефрит, дифференциальная диагностика;
* Тубулопатии, дисметаболическая нефропатия;
* Почечная недостаточность;
* Нефротический синдром.

**Модуль 6. Пульмонология.*** Пороки развития и наследственные заболевания бронхолегочной системы;
* Альвеолиты у детей;
* Респираторные аллергозы и бронхиальная астма ;
* Дыхательная недостаточность

Плевриты  | Контрольно-обучающие задания к итоговой аттестации по госпитальной терапии для студентов 6-го курса лечебного факультета Тестовые задания к итоговой аттестации по госпитальной терапии для студентов 6-го курса лечебного факультета Перечень практических навыков Критерии оценки знаний при устной форме итогового зачета(экзамена).Список тем для рефератов  |