

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной работе
профессор Шахбанов Р.К.



_____ 2019 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»**

Индекс дисциплины: Б1.Б.37

Специальность: **31.05.02** Педиатрия

Уровень высшего образования - СПЕЦИАЛИСТ

Квалификация выпускника – Врач-педиатр

Факультет педиатрический

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

Форма обучения - очная

Курс 4, 5

Семестр: 7,8,9,10

Всего трудоемкость часов (в зачетных единицах/часах): 10/360 час.

Лекции -68 часов.

Практические занятия –164 часов.

Самостоятельная работа - 92 часов.

Форма контроля - экзамен (36 часов)

Махачкала, 2019г.

Рабочая программа учебной дисциплины факультетская педиатрия разработана на основании учебно-го плана по специальности), 31.05.02 Педиатрия утвержденного Ученым советом Университета, протокол №1 от «29» август 2019г., в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия, утвержденный Министерством образования и науки Российской Федерации № «17» августа 2015г.

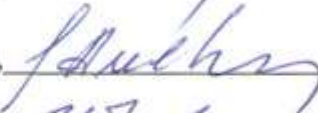
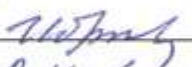
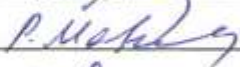

Рабочая программа учебной дисциплины одобрена на заседании кафедры от «28» августа 2019 г.

Рабочая программа согласована:


1. Директор НМБ ДГМУ _____  В.Р.Мусаева
2. УУМР,С и ККО _____  А.М.Каримова
3. Декан _____  А.А.Мусхаджиев

Заведующий кафедрой _____  д.м.н. профессор А.М. Алискандиев

СОСТАВИТЕЛИ:

1. Заведующий кафедрой, _____  д.м.н. профессор А.М. Алискандиев
2. Доцент кафедры _____  к.м.н. В.М/Э. Ибрагимов
3. Ассистент _____  Р.М.Манапова
4. Ассистент _____  П.С.Суракатова

1.Рецензент: Зав. Кафедрой педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС Рост ГМУ,
д.м.н. профессор Летифов Г.М

2.Рецензент: Зав. кафедрой педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ДГМУ,
к.м.н., доцент _____  Израйлов М.И.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	4
2.	ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	5
3.	МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	8
4.	ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	11
5.	СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ	12
5.1.	Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	12
5.2.	Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля	15
5.3.	Название тем лекций с указанием количества часов	17
5.4.	Название тем практических занятий с указанием количества часов	19
5.5.	Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине	20
6	ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	22
6.	ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	46
8.	ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	47
9.	МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	49
10.	КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	50
12.	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ	51

Цель и задачи освоения дисциплины.

Цель освоения дисциплины: изучение основных симптомов и симптомокомплексов наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста, современных методов их диагностики, лечения (с знанием основных лекарственных средств, способов их введения, дозировок в зависимости от возраста) и принципов профилактики, направленное на формирование соответствующих компетенций.

Задачи дисциплины:

Студент должен знать:

Этиологию и патогенез наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современные методы их диагностики, лечения и профилактики.

Студент должен уметь:

Распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию диагноза; провести дифференциальную диагностику, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.

Студент должен владеть:

Навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии заболеваний; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; расчетом дозы лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, навыками проведения профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях у детей. Формирование у студентов практических навыков по педиатрии и оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях;

2.Перечень планируемых результатов обучения

Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими компетенциями

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции

Коды формируемых компетенций №	Наименование компетенции:	
Общекультурные компетенции.		
ОК-1	Способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности	<p>-знать социально-значимые проблемы и процессы</p> <p>-уметь использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности</p> <p>-владеть методами гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности</p>
ОК-8	способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну	<p>- знать принятые в обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией</p> <p>- уметь соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну</p> <p>-владеть: способен осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну</p>
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации.	<p>Знать: правила оформления диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной.</p> <p>Уметь: заполнять основные разделы диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной:</p>

		<p>жалобы, данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента, дневниковые записи, эпикриз; выделять группы риска на возникновение осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде.</p> <p>Владеть: алгоритмом оформления диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной – оформить академическую историю болезни или родов в соответствии с планом написания истории болезни или родов.</p>
	Профессиональные компетенции	
ПК-4	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность	<ul style="list-style-type: none"> - знать методы анализа результатов собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок - уметь анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность - владеть навыками анализа результатов собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок

ПК-5	<p>способность и готовность проводить и интерпретировать опрос и физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка различного возраста; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных, морфологического анализа методов биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка</p>	<p>- знать методы и принципы опроса и физикального осмотра, клинического обследования ребенка различного возраста; оценки результатов современных лабораторно-инструментальных, морфологического методов анализа биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; заполнения карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка</p> <p>- уметь проводить и интерпретировать опрос и физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка различного возраста; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных, морфологического анализа методов биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка</p> <p>- владеть навыками применения этих методов в практической деятельности</p>
ПК-6	<p>Способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастнo-половых групп</p>	<p>- знать клинические синдромы, патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастнo-половых групп</p> <p>- уметь проводить оценку клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастнo-половых групп</p> <p>- владеть методами оценки клинических синдромов, обосновывания патогенетически оправданных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастнo-половых групп</p>

ПК-9	<p>способность и готовность к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами – детьми и подростками, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач</p>	<p>- знать принципы работы с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами – детьми и подростками</p> <p>- уметь получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач</p> <p>- владеть навыками работы с компьютерной техникой, используемой в работе с пациентами</p>
------	--	---

3. Место учебной дисциплины в структуре образовательной программы.

Учебная дисциплина факультетская педиатрия относится к учебному разделу «Профессиональный цикл» базовой части обязательных дисциплин:

Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами, определяющими готовность к последующему обучению. Эти знания логически и содержательно-методически формируются на базе изучения предшествующих дисциплин:

1. Биоэтика

(наименование дисциплины/практики)

Знания: моральных и правовых норм, принятых в обществе, принципов деонтологии

Умения: реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, детьми и подростками, их родителями и родственниками

2. Правоведение

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основ законодательства РФ, федеральных законов и нормативных правовых актов в сфере здравоохранение и охраны здоровья граждан Российской Федерации

Умения: осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе правовых норм, соблюдать законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну

3. Биохимия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных биохимических процессов в организме человека в норме и при патологии

Умения: интерпретировать результаты биохимических анализов биологических сред

4. Микробиология, вирусология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: облигатной микрофлоры человека, основных возбудителей инфекционных заболеваний

Умения: интерпретировать результаты бактериологических, вирусологических и серологических исследований биологических сред человека

5. Фармакология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: лекарственные средства основных фармакологических групп, их фармакодинамика и фармакокинетика в условиях основных патологических состояний, нежелательные лекарственные

реакции.

Умения: назначать лекарственные средства при основных заболеваниях человека

Навыки: расчет дозы основных лекарственных средств при патологии у детей разного возраста

6. Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: особенностей патоморфологии при основных заболеваниях человека, возрастные особенности у детей

Умения: интерпретировать результаты патоморфологических исследований

7. Патофизиология, клиническая патофизиология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных закономерностей патологии человека, патогенез основных групп заболеваний

Умения: анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при разных заболеваниях и патологических процессах

8. Пропедевтика внутренних болезней

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных симптомов и синдромов при основных заболеваниях взрослых пациентов, основных методов лучевой диагностики, правил подготовки и проведения лучевых методов диагностики, признаков нормы и патологии при разных методах лучевой диагностики

Умения: интерпретация данных объективного обследования взрослых пациентов и результатов методов лучевой диагностики

Навыки: объективное обследование (пальпация перкуссия, аускультация) взрослых пациентов, назначение методов лучевой диагностики, подготовка к ним

9. Пропедевтика детских болезней

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных симптомов и синдромов при основных заболеваниях у детей

Умения: интерпретация данных объективного обследования у детей

Навыки: объективное обследование (пальпация перкуссия, аускультация) у детей

С.3 Инфекционные болезни у детей

(наименование дисциплины/практики)

Знания: эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения основных инфекционных и паразитарных заболеваний у детей

Умения: интерпретация данных объективного и лабораторно-инструментального обследования при основных инфекционных заболеваниях у детей

Навыки: назначение плана обследования, дифференциальной диагностики, лечения, первичной и вторичной профилактики основных инфекционных заболеваний у детей

3.1. Изучение дисциплины необходимо для знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами/практиками:

1. Клиническая фармакология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: лекарственные средства основных фармакологических групп, их фармакодинамика и фармакокинетика в условиях основных патологических состояний, нежелательные лекарственные реакции и лекарственные взаимодействия

Умения: назначать лекарственные средства при основных заболеваниях человека

Навыки: расчет дозы основных лекарственных средств при патологии у детей разного возраста, назначение комплексной медикаментозной терапии

2. Стоматология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: этиологии, патогенеза и особенности клинической картины при заболеваниях полости рта

Умения: интерпретировать данные объективного и лабораторно-инструментального исследований детей с патологией полости рта

Навыки: обследование детей с патологией полости рта и назначение им терапии

3. Детская хирургия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: этиологии, патогенеза, клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенной хирургической патологии у детей, современные методы их диагностики и лечения, показания к хирургическому лечению

Умения: интерпретация данных объективного и лабораторно-инструментального обследования при хирургической патологии у детей

Навыки: назначение плана обследования, дифференциальной диагностики и лечения детей с хирургической патологией, их ведение в пред- и послеоперационном периоде

4. Поликлиническая и неотложная педиатрия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: принципов профилактической медицины, организации врачебной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, диспансерного наблюдения и профилактики при основных заболеваниях у детей, этиологии, патогенеза, особенностей клинической картины и диагностики неотложных состояний у детей, принципов первой врачебной помощи и неотложной терапии у детей на догоспитальном этапе

Умения: организация наблюдения и проведения профилактических мероприятий у здоровых и больных людей на участке, в организованных коллективах, интерпретация данных объективного и лабораторно-инструментального обследования при острых и обострении хронических заболеваний у детей на догоспитальном этапе, диагностика и лечение неотложных состояний у детей

Навыки: работа с медицинской документацией в амбулаторно-поликлинических ЛПУ, диспансерное наблюдение здоровых и больных детей, проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий в детских коллективах, вакцинопрофилактика, первая врачебная помощь при неотложных состояниях у детей, назначение плана обследования, дифференциальной диагностики, лечения при острых и обострениях хронических заболеваний у детей на догоспитальном этапе

5. Медицинская реабилитация

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основ саногенеза и реабилитации при разных заболеваниях и патологических состояниях

Умения: разработка программ реабилитации при патологии различных органов и систем, оценка их эффективности

Навыки: назначение программ реабилитации при различных заболеваниях у детей разного возраста

6. Госпитальная педиатрия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: этиологии и патогенеза основных групп заболеваний и отдельных нозологических форм, встречающихся в педиатрической практике, их клинические проявления, типичное и осложненное течение у детей разных возрастных групп и подростков, современные методы их диагностики, принципы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики

Умения: распознавать основные симптомы и симптомокомплексы заболеваний; назначить стандартные методы обследования, направленные на верификацию основного и сопутствующих диагнозов; проводить дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; интерпретировать результаты обследования, ставить предварительный диагноз, назначать объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; формулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; назначать план лечения с учетом течения болезни и возрастных особенностей у детей, подбирать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, назначить программу реабилитационных мероприятий

Навыки: клиническое обследование детей разного возраста при основных группах заболеваний, встречающихся в педиатрической практике в их типичном и осложненном течении; составление плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; интерпретация результатов современных лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза

больным детям и подросткам; назначение современных программ терапии, включающих диетотерапию, медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, оказание врачебной помощи при неотложных состояниях и жизнеугрожающих осложнениях заболеваний у детей; владение теоретической и практической базой для дальнейшего обучения на этапе последипломного образования

4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ.

Вид учебной работы		Всего часов	Количество часов в семестре			
			7	8	9	10
1		2	3	4	5	6
Контактная работа (всего), в том числе:		232				
Аудиторная работа		232	56	64	60	52
Лекции (Л)		68	16	18	18	16
Практические занятия (ПЗ),		164	40	46	42	36
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		92	52	8	12	20
Вид промежуточной аттестации						
	Экзамен(Э)					
Итого:	Час	324	108	72	72	72
Общая трудоемкость	ЗЕТ	5 з.е				

5. Структура и содержание учебной дисциплины:

Дисциплина «Факультетская педиатрия» делится на 8 разделов:

- 1.Фоновые состояния в педиатрии
- 2.Гастроэнтерология раннего возраста
- 3.Пульмонология раннего возраста
- 4.Патология органов дыхания детей старшего возраста
- 5.Патология сердечно-сосудистой системы
- 6.Гематология
- 7.Гастроэнтерология и нефрология.
- 8.Патология неонатального периода

5.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Контролируемые Компетенции	Содержание раздела
1	Раздел 1. Фоновые состояния в педиатрии	ОК-7,ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Введение в предмет. Врожденные пороки сердца. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз D. Гипо- и гипервитаминозы. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Железодефицитная анемия. Причины. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Атопический дерматит. Аномалии конституции. Определение ЭКД, ЛГАК, НАД.Этиология. Патогенез и клиника. Диф. диагноз. Лечение
2	Раздел 2. Гастроэнтерология раннего возраста	ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Хронические расстройства питания. (Белково-энергетическая недостаточность). Причины. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф.диагноз. Лечение.

			Функциональные нарушения пищеварительного тракта. Классификация. Диагностика. Лечение
3	Раздел 3. Пульмонология раннего возраста	ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Острые бронхиты.Этиология, патогенез. Классификация Клиника, диагностика. Диф. диагноз. Лечение Острые пневмонии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение
4	Раздел 4. Патология органов дыхания детей старшего возраста	ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Аллергические заболевания верхних дыхательных путей у детей. Этиология, клиника, диагностика, диф. диагностика и лечении поллинозов, крапивница, отек Квинке. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Бронхиальная астма. АСИТ-терапия. Лечение. Хр. бронхиты у детей. Фоновые заболевания хр. бронхите, синдрома цилиарной дискинезии. Хр. бронхит при муковисцидозе Терапии хр. бронхита. Пневмония у детей старшего возраста. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, Диагностика. Диф. диагноз. Лечение
	Раздел 5. Патология сердечно-сосудистой системы	ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Основы ЭКГ у детей. Анализ нормальной электрокардиограммы с определением происхождения зубцов и интервалов.ЭКГ-признаки при нарушениях проводимости Нарушений проводящей системы сердца: аритмии, блокады. Этиология, патогенез, Классификация, клиника, диагностика и лечение Ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Неревматический кардит Причины и Патогенез диагностика, диф. диагностика и лечения. Острая и хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез и лечение.

5	<p>Раздел 6</p> <p>Гематология</p>	<p>ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20</p>	<p>.ДВС –синдром. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Врожденные и приобретенные гемолитические анемии. Микросфероцитоз. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Лейкозы у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Геморрагические заболевания: Гемофилии. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Геморрагический васкулит.Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p>
6	<p>Раздел: 7</p> <p>Гастроэнтерология и нефрология.</p>	<p>ОК-7,ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20</p>	<p>Гастродуодениты. Язвенная болезнь 12 перстной кишки. Этиология, патогенез. Классификация, клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Заболевания желчного пузыря. Хронический холецистит. ЖКБ.Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Пиелонефрит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Острый постстрептококковый гломерулонефрит; Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение</p> <p>Дисметаболические нефропатии. Причины, патогенез. Типичные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>

	<p>Раздел : 8</p> <p>Патология неонатального периода</p>	<p>ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20</p>	<p>Введение в неонатологию. Пограничные состояния. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Врожденные инфекции. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР). Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. Лечение.</p> <p>Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Сепсис новорожденных. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Неинфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p> <p>Понятие о в/у гипоксии и асфиксии плода и новорожденного. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.</p>
--	--	--	---

5.2 Разделы дисциплин и виды учебной деятельности текущего контроля 4 курс.

№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Количество часов отведенных на:					Оценочные средства для текущего контроля успеваемости	
		Л	ЛР	ПЗ	СРО	Всего		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Раздел : 1. Введение в предмет. Фоновые состояния в педиатрии		8		20	26	54	Реферат Контрольная работа №1 Тесты

	7-семестр							Собеседование
		Раздел : 2. Гастроэнтерология раннего возраста	4		10	13	27	Реферат Контрольная работа №1 Тесты Собеседование
		Раздел : 3	4		10	13	27	Реферат Контрольная работа №1 Тесты Собеседование Презентации Защита истории болезни
		Итого	16		40	52	108	
	8-семестр	Раздел: 4. Пульмонология старшего возраста.	8		20	2	30	Реферат Контрольная работа №1 Тесты Собеседование Презентации
		Раздел : 5 Патология сердечно- сосудистой системы	10		26	6	42	Реферат Контрольная работа №1 Тесты Собеседование Презентации
		Итого	18		46	8	72	
		Всего	34		86	60	180	

Разделы дисциплин и виды занятий и формы текущего контроля

5 курс.

1	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Количество часов отведенных на:					Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	Всего	
	2	3	4	5	6	7	8	9
	9-семестр	Раздел : 6 Гематология	8		18	4	30	Реферат Контрольная работа Тесты Собеседование

		Раздел : 7 Гастроэнтерология и нефрология.	10		24	8	42	Реферат Контрольная работа Тесты Собеседование
		Итого	18		42	12	72	
	10-семестр	Раздел : 8 Неонатология	16		36	20	72	Реферат Контрольная работа Тесты Презентации Собеседование Реферат Контрольная работа Тесты
		Итого	16		36	29	72	
		Всего	32		72	41	144	

5.3 Название тем лекций: Всего (7-10 семестр)-68часов

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Название тем лекций	Количество часов в семестре	
			7-сем.	8-сем.
	1	2	3	4
1	Раздел 1 Фоновые состояния в педиатрии. Раздел : 2 Гастроэнтерология раннего возраста Раздел: 3 Пульмонология раннего возраста	История развития педиатрии в России и Дагестана. Аномалии конституции. Атопический дерматит/экзема. Врожденные пороки сердца. Железодефицитная анемия. Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз D Хронические расстройства питания. Функциональные нарушения пищеварительного тракта. Острые бронхиты. Острые пневмонии.	2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч	

2	Раздел:4 Патология органов дыхания Раздел:5 Патология сердечно-сосудистой системы	Бронхиальная астма. Бронхиальная астма. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей у детей. Хр. бронхиты у детей. Пневмонии у детей старшего возраста Основы ЭКГ у детей. Ревматическая лихорадка.. Неревматический кардит. Острая и хр.седеч-сосудистая недостаточность		2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч
ИТОГО в семестре			16часов	18часов
			9сем	10-сем.
3	Раздел:6 гематология	ДВС –синдром. Врожденные и приобретенные гемолитические анемии.. Диф. диагноз.. Лейкозы у детей. Геморрагические заболевания:	2ч 2ч 2ч 2ч	
4	Раздел: 7 Гастроэнтерология и нефрология	Язвенная болезнь 12 перстной кишки.. Хронический холецистит. ЖКБ. Пиелонефрит.. Острый гломерулонефрит; Дисметаболические нефропатии.	2ч 2ч 2ч 2ч	
ИТОГО в семестре			18часов	
5	Раздел:8 Патология неонатального периода	Введение в неонатологию. Врожденные инфекции. Гемолитическая болезнь новорожденных. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР).. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных.. Сепсис новорожденных.. Неинфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки.. Понятие ов/у гипоксии и асфиксии плода и новорожденного.		2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч 2ч
ИТОГО в семестре				16часов

5.4 Название тем клинико - практических занятий:

Всего (7-10 семестр) – 164АЧ

№ п/п	Разделы	Название тем лекций	Количество часов в семестре	
			№ 7-сем.	№ 8-сем.
	1	2	3	4
1	Раздел:1. Фоновые состояния в педиатрии. Раздел:2 Гастроэнтерология раннего возраста Раздел:3. Пульмонология раннего возраста	История развития педиатрии в России и Дагестана. Аномалии конституции. Атопический дерматит/экзема. Врожденные пороки сердца. Железодефицитная анемия. Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз D Хронические расстройства питания. Функциональные нарушения пищеварительного тракта. Острые бронхиты. Острые пневмонии.	4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч	
ИТОГО в семестре			40 часов	
2	Раздел:4 Патология органов дыхания Раздел:5 Патология сердечно-сосудистой системы	Бронхиальная астма. Бронхиальная астма. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей у детей. Хр. бронхиты у детей. Пневмонии у детей старшего возраста Основы ЭКГ у детей. Нарушения ритма сердца у детей. Ревматическая лихорадка.. Неревматический кардит. Острая и хр.сечеч-сосудистая недостаточность		4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 2ч
ИТОГО в семестре				46 часов
			№ 9-сем	№ 10-сем.
3	Раздел:6 гематология	ДВС –синдром. Врожденные и приобретенные гемолитические анемии.. Диф. диагноз.. Лейкозы у детей. Геморрагические заболевания:	4ч 4ч 4ч 4ч	

4	Раздел7 Гастроэнтерология и нефрология	Язвенная болезнь 12 перстной кишки.. Хронический холецистит. ЖКБ. Пиелонефрит.. Острый гломерулонефрит; Дисметаболические нефропатии.	4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 2ч	
Итого в семестре			42 часов	
5	Раздел: 8 Патология неонатального периода	Введение в неонатологию. Врожденные инфекции. Гемолитическая болезнь новорожденных. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР).. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных.. Сепсис новорожденных.. Неинфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки.. Понятие ов/у гипоксии и асфиксии плода и новорожденного.		4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч 4ч
Итого в семестре				36 часов

5.5. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Контролируемые компетенции	Виды самостоятельной работы	Всего часов
1	2	3	4	5
7 семестр				
1	Раздел:1 Заболевания детей раннего возраста.Фоновые состояния в педиатрии	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	26
2	Раздел:2. Гастроэнтерология раннего возраста	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	13
3	Раздел:3	ОК-1, ОПК-6,	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных	

	Пульмонология раннего возраста	ПК-5, ПК-12	задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	13
ИТОГО в семестре				52
8 семестр				
4	Раздел:4 Пульмонология старшего возраста.	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	2
5	Раздел:5 Патология сердечно-сосудистой системы	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	6
ИТОГО в семестре				8
9 семестр				
6	Раздел:6. Гематология	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	4
7	Раздел:7. Нефрология Гастроэнтерология	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	8
ИТОГО в семестре				12
10 семестр				
8	Раздел:8. Патология неонатального периода.	ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12	Выполнение заданий (составление схем, заполнение таблиц, решение ситуационных задач, составление плана по теме, написание тезисов, подготовка презентаций, аннотаций статей, рефератов, УИРС).	20
ИТОГО в семестре				20
Всего				92

6. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

6.1 Текущий контроль успеваемости

Для текущего контроля успеваемости при проведении ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ по дисциплине используют следующие оценочные средства:

1. Собеседование по вопросам темы практического занятия – устно

ПРИМЕР!

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Тема занятия №3. Рахит у детей.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12.

На семинаре освещаются следующие вопросы:

1. Этиология витамин-Д зависимого рахита.
2. Роль витамина D и его метаболитов в регуляции кальций - фосфорного обмена в организме.
3. Факторы предрасполагающие к развитию рахита; со стороны матери и со стороны ребенка.
4. Роль вит. D, ПТГ гормона и кальцитонина в регуляции P, Ca обмена.
5. Биологическая роль витамина D, как гормональное соединение.
6. Классификация рахита и принципы построения их.
7. Клиническая характеристика различных периодов заболевания.
8. Диагностика рахита. Проба Сулковича, его интерпритация. биохимические показатели крови при рахите.
9. Принципы терапии рахита, профилактика, диспансерное наблюдение.

Критерии оценки текущего контроля успеваемости (собеседование по вопросам темы практического занятия):

- **«Отлично»:**

Студент имеет глубокие знания учебного материала по теме практического занятия, сформулировал полный и правильный ответ на вопросы темы занятия, с соблюдением логики изложения материала, показывает усвоение взаимосвязи основных понятий используемых в работе, смог ответить на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия.

- **«Хорошо»:**

Студент показал знание учебного материала, усвоил основную литературу, смог ответить почти полно на все заданные дополнительные и уточняющие вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия, допуская незначительные неточности.

- **«Удовлетворительно»:**

Студент в целом освоил материал практического занятия, ответил не на все уточняющдополнительные вопросы. Студент затрудняется с правильной оценкой предложенной задачи, даёт неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя.

- «Неудовлетворительно»:

Студент имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала практического занятия, полностью не раскрыл содержание вопросов, не смог ответить на уточняющие и дополнительные вопросы. Студент даёт неверную оценку ситуации, неправильно выбирает алгоритм действий. Неудовлетворительная оценка выставляется выпускнику, отказавшемуся отвечать на вопросы темы практического занятия.

В конце каждой ТЕМЫ дисциплины для контроля успеваемости используют следующие оценочные средства:

Вопросы тестового контроля – письменно

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ – ТЕСТЫ

Тема: **Бронхиальная астма.**

Коды контролируемых компетенций: ОПК-9, ОПК-7, ОПК-8 ПК-5; ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11.

ПРИМЕР!

ВАРИАНТ-1

1. Диагностика бронхиальной астмы основана на оценке данных: а) анамнеза; б) аллергологического статуса; в) функции внешнего дыхания; г) связи с причинно-значимым аллергеном; д) повышения числа эозинофилов в общем анализе крови

1. а, б, в
2. а, б, г, д
3. б, в, г, д
4. а, б, в, г
5. в, г, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

2. Какой тип аллергической реакции характерен для атопической бронхиальной астмы?

1. I тип
2. II тип
3. III тип
4. IV тип ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

3. Какими клиническими симптомами характеризуется приступ бронхиальной астмы?

1. влажный кашель
2. приступ удушья
3. инспираторная одышка
4. рассеянные сухие хрипы ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

4. Приступный период бронхиальной астмы характеризуется:

1. эспираторной одышкой
2. зудом в носу
3. слезотечением
4. притуплением легочного звука
5. мучительным сухим кашлем ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

5. Для бронхиальной астмы грибковой этиологии характерно:

1. ухудшение в домашних условиях
 2. улучшение со сменой жилья
 3. ухудшение в сырых помещениях
 4. непереносимость цирка, зоопарка
 5. летняя сезонность ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. Особенности приступа бронхиальной астмы у детей раннего возраста являются:
1. обилие сухих хрипов
 2. одышка смешанного характера
 3. вынужденное положение
 4. инспираторная одышка ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
7. Для неатопической (инфекционно-аллергической) бронхиальной астмы характерно:
1. острое развитие приступа
 2. затяжное течение приступа
 3. отсутствие интоксикации
 4. преобладание сухих хрипов в легких ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
8. Признак, не характерный для бронхиальной астмы:
1. приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой;
 2. повышение концентрации хлоридов в поте и моче;
 3. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты;
 4. рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы;
 5. жесткое дыхание. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
9. Для аспириновой астмы не характерно:
1. аллергический генез;
 2. развитие заболевания в результате нарушения синтеза простагландинов;
 3. наличие связи заболевания с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;
 4. полипоз слизистой оболочки носа; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
10. У детей 1-го года жизни бронхиальную астму чаще вызывают аллергены:
1. бытовые
 2. эпидермальные
 3. пищевые
 4. грибковые ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
11. Аспириновая триада включает в себя всё, кроме:
1. аллергический ринит
 2. полипоз носа
 3. бронхиальную астму ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 4. непереносимость нестероидных противовоспалительных средств
12. Факторами, предрасполагающими к развитию бронхиальной астмы, являются:
1. атопия
 2. гиперреактивность бронхов
 3. наследственность
 4. вирусы и вакцины
 5. химические вещества
 6. все перечисленные ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
13. При атопической бронхиальной астме имеется всё, кроме:
1. общий Ig E в сыворотке крови повышен
 2. кожные пробы положительные с неинфекционным аллергеном
 3. кожные пробы положительные с инфекционным аллергеном
 4. определяются специфические Ig E ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
14. Какова причина экспираторной одышки при бронхиальной астме?

1. бронхоспазм
 2. наличие жидкости в плевральной полости.
 3. инфильтрация легочной ткани.
 4. гипосекреция слизи. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
15. При среднетяжелом течении бронхиальной астмы частота приступов составляет:
1. 1 раз в месяц
 2. 3-4 раза в месяц
 3. 2-4 раза в месяц
 4. ежедневно ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
16. Какой аллерген редко является причиной атопической бронхиальной астмы у детей?
1. пылевой
 2. эпидермальный
 3. домашняя пыль
 4. бактериальный ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
17. К критериям тяжелого течения бронхиальной астмы относится всё, кроме:
1. частота приступов несколько раз в неделю
 2. показатель РЕФ менее 60%
 3. длительность ремиссии до 1 недели ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 4. значительно снижена переносимость физической нагрузки
 5. приступ купируется ингаляционным приемом бронхолитиков
18. Астматический статус - это не купирующийся, максимально выраженный приступ удушья продолжительностью более:
1. 1 часа
 2. 2-4 часов
 3. 6-8 часов
 4. 10 и более часов ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
19. Бронхиальная астма с повторяющимися приступами летом обусловлена сенсibilизацией к пыльце
1. деревьев, кустарников
 2. злаковых
 3. сорных трав ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
20. Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у детей до 1 года жизни является аллергия
1. пищевая и лекарственная
 2. бытовая, эпидермальная и грибковая
 3. пылевая ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
21. К базисной терапии бронхиальной астмы относятся все препараты, кроме:
1. кромогликанат Na
 2. интал
 3. аколлат
 4. тайлед
 5. ингакорт
 6. гистаглобулин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
22. В приступном периоде бронхиальной астмы не назначаются:
1. эуфиллин
 2. b2-агонисты короткого действия

3. антигистаминные препараты
 4. муколитики ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
23. Для купирования легкого и среднетяжелого приступа бронхиальной астмы препаратом первого выбора является:
1. беклометазон
 2. сальбутамол
 3. кетотифен
 4. эуфиллин
 5. преднизолон
1. интал ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11.
24. К быстрой и пролонгированной дилатации бронхов у ребенка с бронхиальной астмой приводит сочетание атровента (тровекала) и:
1. интала
 2. бета-2-агонистов короткого действия
 3. эуфиллина
 4. антигистаминных средств ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;
25. Детям с бронхиальной астмой показана следующая физкультурная группа
1. основная
 2. подготовительная
 3. ослабленная
 4. занятия физкультурой противопоказаны ПК-1;ПК-2;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
26. Профилактические прививки детям с бронхиальной астмой проводятся
1. по традиционному календарю
 2. по индивидуальному календарю
 3. противопоказаны ПК-1;ПК-2.
27. Предельная суточная доза селективных адреномиметиков для детей составляет
1. 10-12 ингаляционных доз
 2. 6-8 ингаляционных доз
 3. 4-5 ингаляционных доз
 4. 2-3 ингаляционных доз ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
28. Селективные короткодействующие адреномиметики начинают действовать через
1. 30-40 минут
 2. 10-20 минут
 3. 3-5 минут
 4. 1-2 минуты ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
29. Для купирования приступа бронхиальной астмы пролонгированные препараты теофиллина
1. являются препаратами первого выбора
 2. высокоэффективны, но не являются препаратами первого выбора
 3. неэффективны ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;
30. Для купирования приступа бронхиальной астмы препаратом первого выбора являются
1. Беклометазон
 2. Сальбутамол
 3. Кетотифен
 4. Кромогликат натрия ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;

Критерии оценки текущего контроля успеваемости (тесты):

✓ «Отлично»:

100-90%

✓ «Хорошо»:

89-70%

✓ «Удовлетворительно»:

69-51%

✓ «Неудовлетворительно»:

<50%

Реферат – письменно и устно

ПРИМЕР!

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ – РЕФЕРАТ

Раздел3. Пульмонология раннего возраста

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ПК-5, ПК-12.

Тематика рефератов:

1. «Особенности течения пневмонии у детей раннего возраста».
2. «Обструктивный бронхит на фоне аномалий конституций».

Критерии оценки текущего контроля (реферат):

- Новизна реферированного текста: макс. – 20 баллов;
- Степень раскрытия сущности проблемы: макс. – 30 баллов;
- Обоснованность выбора источников: макс. – 20 баллов;
- Соблюдение требований к оформлению: макс. – 15 баллов;
- Грамотность: макс. – 15 баллов.

Оценивание реферата:

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом (баллы учитываются в процессе текущей оценки знаний программного материала):

- ✓ 86 – 100 баллов – «отлично»;
- ✓ 70 – 75 баллов – «хорошо»;
- ✓ 51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;
- ✓ мене 51 балла – «неудовлетворительно».

Защита истории болезни

Каждый студент в конце 7-го семестра должен представить заполненную самостоятельно Историю болезни по образцу (полный образец представлен в *Приложение ФОС*). Непосредственно во время защиты Истории болезни студент должен четко обосновать поставленный диагноз и обоснование клинического диагноза и план ведения больного. **Коды контролируемых компетенций: ОК-1. ОПК-9; ПК-5; ПК-6;**

ПРИМЕР!

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Дагестанский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии
Заведующая кафедрой: профессор, д.м.н.А.М.Алискандиев.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ребенок 2г3мес. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, острое течение ДН 1-11ст. Железодефицитная анемия средней степени.

Выполнил (а): студентка 4 курса пед. фак. Магомедова П.А.
Проверил: доц. кафедры, к.м.н. Ибрагимов В.М/Э.

Махачкала, 2018

Критерии оценки текущего контроля успеваемости (истории болезни):

- ✓ «Отлично»:
Работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни . Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Студент умеет осознанно и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов дисциплины «Педиатрии»
- ✓ «Хорошо»:
В учебной истории родов студент допускает некоторые неточности в формулировке развернутого клинического диагноза, обследования и лечения.
- ✓ «Удовлетворительно»:
Учебная история родов оформлена с ошибками, написана неразборчивым почерком, допущены неточности в формулировке развернутого клинического диагноза, лечения, не освещен полностью патогенез заболевания.
- ✓ «Неудовлетворительно»:
История болезни написана неразборчивым почерком, с грубыми ошибками (не выставлен и не обоснован развернутый клинический диагноз, неправильно назначено лечение, не освещен патогенез заболевания).

По результатам освоения текущего раздела дисциплины для контроля успеваемости используют на выбор следующие оценочные средства:

Критерии оценки текущего контроля успеваемости (собеседование):

Шкала оценивания

«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
знать			
<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.</p> <p>Не знает этиологию и патогенез наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современные методы их диагностики, лечения и профилактики.</p>	<p>Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Имеет несистематизированные знания о этиологии и патогенезе наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современных методов их диагностики, лечения и профилактики.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.</p> <p>Знает основные положения о этиологии и патогенезе наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современных методов их диагностики, лечения и профилактики.</p> <p>..</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины.</p> <p>Знает основные положения о этиологии и патогенезе наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современных методов их диагностики, лечения и профилактики. Показывает глубокое знание и понимание в изученном материале</p>
уметь			
<p>Студент не умеет распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем</p>	<p>Студент испытывает затруднения при распознавании основных симптомов и симптома комплексов наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза</p> <p>Студент непоследовательно и не систематизировано.. дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими</p>	<p>Студент умеет самостоятельно распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе</p>	<p>Студент умеет последовательно распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами;</p>

<p>дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации. Студент затрудняется при разработке больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, Студент умеет использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; Студент умеет самостоятельно разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>
владеть			
<p>Студент не владеет навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии при наиболее распространенных нозологических формах заболеваний детского возраста в их классическом типичном проявлении; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям и</p>	<p>Студент владеет основными навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии при наиболее распространенных нозологических формах заболеваний детского возраста в их классическом типичном проявлении; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; Студент в основном способен самостоятельно интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и</p>	<p>Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно профессионально и грамотно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Студент способен самостоятельно выделять главные этио-патогенетические механизмы заболеваний и адекватное лечение.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. <u>Студент владеет навыком определения диагностического поиска.</u> <u>Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части.</u></p>

<p>подросткам; расчетом дозы основных лекарственных средств,используемых в педиатрической практике, в зависимости от возраста пациента; навыками проведения профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях в зависимости от возраста детей.</p>	<p>развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; расчетом дозы основных лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, в зависимости от возраста пациента; владеет навыком использования профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях в зависимости от возраста детей.</p>		
--	--	--	--

Собеседование по вопросам разделю – устно

ПРИМЕР!

ВОПРОСЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО РАЗДЕЛЯМ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Раздел: 7. Гастроэнтерология и нефрология.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12.

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Современные представления об этиологии и патогенезе. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз.Лечение язвенной болезни.
2. Дискинезии желчевыводящих путей. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение в зависимости от типа дискинезий.
3. Значение инструментальных методов исследования (УЗИ, экскреторная контрастная урография, цистография, цистоскопия в оценке тяжести и диагностике заболеваний мочевыделительной системы).
4. Роль стрептококковой инфекции в развитии острого гломерулонефрита.
5. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
6. Острый пиелонефрит. Этиология. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение.
7. Лечение пиелонефрита в период ремиссии. Санаторно-курортное лечение. Фитотерапия.
8. Тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение.
9. Хроническая почечная недостаточность. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Лечение.
10. Диспансерное наблюдение. Фитотерапия при заболеваниях мочевыделительной системы у детей.

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО РАЗДЕЛЯМ ДИСЦИПЛИНЫ

ПРИМЕР!

Тесты – письменно

Раздел-1 Патология детей раннего возраста.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-9, ПК-5, ПК-6 ПК-12

Вариант -1

1. Какой клинический признак не типичен для экссудативно-катарального диатеза?
 1. Опрелости
 2. Экзема
 3. Дефицит массы тела
 4. Гнейс ОПК-9;ПК-5;ПК-6:
2. Укажите особенность, которая не характерна для нервно-артритического диатеза:
 1. Склонность к дискинезиям желудочно-кишечного тракта
 2. Снижение иммунной реактивности
 3. Невропатическая рвота
 4. Недостаточная сопряженность белкового, жирового и углеводного обмена ОПК-9;ПК-5;ПК-6:
3. Какие продукты необходимо исключить из питания ребенка с нервно-артритическим диатезом:
 1. Углеводы
 2. Куриный бульон, печень
 3. Коровье молоко
 4. Цитрусовые ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9
 - 1.
 2. гипогликемия ОПК-7;ПК-5; ПК-6; ПК-9
4. Основными маркерами лимфатико - гипопластического диатеза являются: врожденная генерализованная иммунопатология
 1. избыточный синтез гистамина
 2. генетически детерминированная гиперпродукция IgE
 3. увеличение лимфатических узлов
 4. гиперплазия вилочковой железы
 5. гипофункция коры надпочечников ОПК-7;ПК-5; ПК-6;
5. К клиническим проявлениям экссудативно-катарального диатеза относят все кроме:
 1. гнейс
 2. географический язык
 3. неадекватная реакция на внешние воздействия
 4. лихенификация и экссудация *
 5. молочный струп ОПК-7;ПК-5; ПК-6;
6. При лечении atopического дерматита в последнюю очередь будут использованы:
 1. антигистаминные препараты
 2. седативные препараты
 3. ферменты
 4. системные глюкокортикоиды
7. К базисной терапии atopического дерматита относят:
 1. супрастин
 2. кетотифен
 3. интал
 4. активированный уголь
 5. фестал
8. Оценка тяжести atopического дерматита у детей проводится на основе:
 1. выраженности зуда
 2. обширности поражения
 3. длительности периода ремиссии
 4. шкалы SCORAD
9. Назовите суточную профилактическую дозу вит. Д, необходимую для доношенного ребенка, проживающего в благоприятной климатической зоне:
 1. 200 – 300 ME
 2. 800 – 1000 ME

3. 1000 – 2000 МЕ
 4. 400 – 500 МЕ ПК-1
10. Какова тактика при слабо положительной (+) пробе сулковича у ребенка получившего курс лечения витамином Д:
1. Назначить профилактические дозы вит.Д.
 2. Продолжить лечение вит. Д.
 3. Отменить вит.Д.
 4. Назначить препараты кальция. ПК-5
11. Какова тактика у ребенка с клиникой «цветущего» рахита при отрицательной пробе Сулковича:
1. Назначить профилактические дозы вит.Д.
 2. Назначить лечебные доза вит. Д.
 3. Отменить вит.Д.
 4. Назначить препараты кальция.
12. Какая эндокринная железа принимает участие в регуляции фосфорно-кальциевого обмена:
1. Гипофиз
 2. Щитовидная железа
 3. Мозговой слой надпочечника
 4. Кортикальный слой надпочечника
13. Клинически явная тетания проявляется:
1. симптомом Хвостека
 2. ларингоспазмом
 3. карпопедальными спазмами
 4. клонико-тоническими судорогами
 5. синдромом Труссо
14. Какой показатель не является диагностическим для железодефицитной анемии:
1. Снижение эритроцитов и гемоглобина
 2. Снижение сывороточного железа
 3. Цветовой показатель ниже 1
 4. Увеличение билирубина ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
47. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода:
1. Первый триместр беременности
 2. Третий триместр беременности
 3. Второй триместр беременности
 4. На протяжении беременности ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
15. Какой фактор не является причиной развития железодефицитной анемии:
1. Алиментарный
 2. Синдром мальабсорбции
 3. Инфекционные заболевания
 4. Аплазия костного мозга ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
16. Какой эндогенный фактор не относится к причинам дефицита железа:
1. Нарушение всасывания в тонком кишечнике
 2. Дисбиоз кишечника
 3. Снижение секреторной функции желудка
 4. Гипопротеинемия ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
17. В каком из продуктов питания наиболее высокое содержания железа?
1. Мясо
 2. Картофель
 3. Яйца
 4. Ягоды ПК-1
18. Какой из препаратов является основным при лечении железодефицитной анемии?
1. Витамины группы «В»
 2. Препараты железа
 3. Аскорбиновая кислота

4. Препараты меди ПК-8;ПК-9;ПК-10.
19. К врожденным порокам сердца “белого” типа относятся все, кроме:
1. ДМПП
 2. ДМЖП
 3. Тетрада Фалло
 4. ОАП
20. Для тетрады Фалло в фазу первичной адаптации типичны осложнения все, кроме:
1. одышечно-цианотические приступы
 2. частые бронхолегочные заболевания
 3. полицитемия
 4. релятивная анемия
 5. отставание в психомоторном развитии ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
21. При каком пороке отмечается «машинный» грубый систолодиастолический шум?
1. Открытый артериальный проток
 2. Тетрада Фалло
 3. ДМЖП ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
22. При полной транспозиции магистральных сосудов в периоде новорожденности операция:
1. показана
 2. не показана ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
23. Общий артериальный ствол включает следующие анатомические признаки:
1. атрезия легочной артерии
 2. ДМЖП
 3. транспозиция аорты
 4. гипертрофия правого желудочка
 5. все выше перечисленное ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
24. Перечислите гемодинамические признаки ДМПП:
1. сброс крови слева направо. ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
 2. увеличивается кровоток через трехстворчатый клапан и клапан легочной артерии, гиперволемии в малом круге кровообращения,
 3. перегрузке и дилатации правого предсердия, а затем и правого желудочка.
 4. обеднение кровотока в малом круге кровообращения
 5. перегрузке и дилатации левых отделов сердца
25. Перечислите фазы течения ВПС:
26. Необходимый объем исследований при подозрении на ВПС включает:
1. ОАК
 2. ОАМ
 3. ЭКГ
 4. ЭХО-КГ
 5. холтеровское мониторирование
27. Перечислите 4 варианта болезни Фалло:
28. Перечислите Rg признаки стеноза аорты:
1. размеры сердца увеличены влево, талия резко выражена,
 2. верхушка приподнята и закруглена.
 3. восходящая аорта расширена.
 4. кардиомегалия и увеличение размеров левых отделов сердца,
 5. застойный сосудистый рисунок легких.
29. При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум:

1. систолический во 2- м/р слева
 2. систолодиастолический во 2-м м/р слева
 3. систолический во 2-м м/р справа
 4. диастолический во 2-м м/р слева
 5. II тон на ЛА усилен. ОПК-9;ПК-5;ПК-6
30. К врожденным порокам сердца “синего” типа относятся все, кроме:
1. транспозиция магистральных сосудов
 2. тетрада Фалло
 3. изолированный стеноз легочной артерии
 4. болезнь Эбштейна

Критерии оценки текущего контроля по разделам успеваемости (тесты):

- «Отлично»:

100-90%

- «Хорошо»:

89-70%

- «Удовлетворительно»:

69-51%

- «Неудовлетворительно»:

<50%

Ситуационные задачи – письменно

ПРИМЕР!

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛУ ДИСЦИПЛИНЫ

Раздел: Заболевания детей раннего возраста.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12.

ОК-7, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15, ПК-20

Тема: Аномалий конституций у детей (экссудативный - катаральный, нервно - артритический и лимфатико - гипопластический диатез). Атопический дерматит.
ОК-7;ОПК-1;ОПК-8;ОПК-9; ОПК-10;ПК-5;ПК-6; ПК-8;ПК-9;ПК-10; ПК-11;

ЗАДАЧА

На консультативном приеме осмотрена девочка 1,5 лет. В двухмесячном возрасте отмечены проявления аллергического диатеза. Родилась от второй беременности, протекавшей с токсикозом II половины. На грудном вскармливании находилась до 2 мес. Обострения кожных проявлений мать связывает с употреблением молока и яиц.

Наследственность: у матери рецидивирующая крапивница. При осмотре ребенка на разгибательной поверхности голеней и предплечий кожа ярко гиперемирована, отечна, покрыта микровезикулами с мокнутием в виде «колодцев».

Анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 10 %, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 42 % , лимфоциты - 43 % , моноциты - 4 % .

Общий Ig E сыворотки - 10 МЕ/мл (норма - 20 МЕ/мл). Тесты с аллергенами молока и яйца: реакция дегрануляции тучных клеток - сомнительная, реакция лейкоцитолита - отрицательная, реакция угнетения миграции лейкоцитов - положительная, внутрикожный тест - положительный (через 24 ч).

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какой тип аллергической реакции описан в задаче?
3. Основные цели и направления в лечении больных с данной патологией.

Тема . Витамин «Д»- дефицитный рахит.

ЗАДАЧА

К участковому педиатру обратилась мама с 6-месячным мальчиком.

Жалобы: за последний месяц у ребенка появились беспокойство, повышенная потливость, вздрагивание, нарушение сна и аппетита. Ребенок от IV беременности, с токсикозом, роды в срок, в октябре, с массой 3900 г, длиной 50 см. Грудное вскармливание до 1мес., затем искусственное (неадаптированными смесями). С 2-х месяцев - каши (овсяная, манная). Фруктовые соки и пюре не получает. Живет в комнате общежития, обращенной на север, мать воспитывает ребенка одна. Гуляет мало, массаж и гимнастика не проводятся. Объективно: ребенок беспокойный. Кожный покров влажный, в паховых складках - опрелости, стойкий красный дермографизм. Тургор тканей снижен. Опора на ноги отсутствует. Масса тела 7900 г, длина тела – 64 см. При осмотре черепа - облысение и уплощение затылка, размягчение костей черепа вдоль сагиттального шва и по краям большого родничка, размеры большого родничка 4x4 см, очаги размягчения теменной кости диаметром 0,9-1,0 см. Деформация грудной клетки «куриная грудь», податливость ребер, Гаррисонова борозда, нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус снижен, живот большой, распластаный. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 ударов в мин. Живот слегка вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, край мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, 1 раз в день. Анализ крови: гемоглобин - 115 г/л; эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $5,6 \times 10^9/л$; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 38%; эозинофилы - 2%; лимфоциты - 51%; моноциты - 7%; СОЭ - 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л; билирубин общий – 1,97 мкмоль/л; непрямая фракция – 1,70 мкмоль/л; прямая фракция – 0,27 мкмоль/л; кальций общий - 1,87 ммоль/л; фосфор 0,75 ммоль/л; щелочная фосфатаза- 930 ед.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы причины возникновения данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок.
5. Назначьте лечение.
6. Составьте план диспансерного наблюдения.
7. Каков прогноз данного заболевания.

Тема: Анемический синдром. F-дефицитные анемии.

ЗАДАЧА 1

Девочка, 1 год 2 мес., поступила в детское отделение с жалобами на вялость, выраженную бледность, отсутствие аппетита. Девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, от срочных родов, осложнившихся кровотечением. Мать не использовала дородовый отпуск, работала парикмахером. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 50 см. С рождения находится на грудном вскармливании до 2 месяцев, далее на искусственном вскармливании, получала только коровье молоко (1,5 л в сутки). В возрасте 9 месяцев заболела ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Семья состоит из трех человек, общий доход семьи – ниже прожиточного уровня, проживают в частном доме с печным отоплением. Прогулки на свежем воздухе осенью и зимой не каждый день, в течение часа. При поступлении: состояние тяжелое, вялость, адинамия, заторможенность. Кожа бледная, с восковым оттенком, эластичность её снижена. Слизистые бледные, сухие, в углах рта – заеды.

Истончение и слоистость ногтей, волосы тусклые. Язык лакированный, лишен сосочков на всём протяжении. Мышечная гипотония. Тургор тканей снижен. Масса тела – 11,5 кг, длина тела – 76 см. В легких дыхание пуэрильное, частота дыхания 28 в 1 минуту. Тахикардия – до 140 в 1 минуту, выслушивается интенсивный систолический шум на верхушке сердца и в V точке Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, определяется край селезенки. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,64, ретикулоциты - 0,4%, тромбоциты - 185×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 28%, лимфоциты - 64%. моноциты - 5%, СОЭ-10 мм/ч, микроцитоз, анизоцитоз.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите возможные причины развития заболевания.
3. Перечислите основные патологические синдромы.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Составьте план лечения.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Критерии оценки текущего контроля успеваемости (ситуационные задачи):

✓ **«Отлично»:**

Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), диагноза. Патогенез обоснован правильно, клиническое рассуждения верное, лечение адекватное, обследование соответствует по стандартам, с правильным и свободным владением медицинской терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.

✓ **«Хорошо»:**

Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), с единичными ошибками в патогенезе; ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.

✓ **«Удовлетворительно»:**

Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в патогенезе и клинике, плохо интерпретирует результаты анализов и медицинских терминов; ответы на дополнительные вопросы недостаточно чёткие, с ошибками.

✓ **«Неудовлетворительно»:**

Ответ на вопрос задачи дан неправильный. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

6.2 Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины

Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины проводится в виде **ЭКЗАМЕНА** в 10

семестр Экзамен проводится устно в форме собеседования по билетам. В билете содержатся вопросы и ситуационные задачи.

1. Собеседование по билетам – устно

ПРИМЕР!

ПЕРЕЧЕНЬ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ ВОПРОСОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

- 1.Рахит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лечение
- 2.Железодефицитная анемия у детей раннего возраста. Клиника. Степени анемии.
- 3.Гипотрофия. Этиология. Классификация. Клиническая картина.
- 4.Экссудативно-катаральный диатез. Современные представления об этиопатогенезе. Клиническая картина. Лечение.
5. Острый бронхит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз.
- 6.Пневмония у детей раннего возраста. Клиническая и рентгенологическая картины. Принципы лечения.
- 7.ВПС. Определение. Классификация. Клинические проявления. Лечение.
- 8.Бронхиальная астма. Основные патогенетические механизмы БА. Клиника.
- 9.Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Современные представления об этиологии и патогенезе. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз.Лечение язвенной болезни.
- 10.Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 11.Острый пиелонефрит. Этиология. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение.
- 12.Тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение.
- 13.Гемофилия. Классификация. Патогенез кровоточивости. Клиника. Диагноз.Лечение
- 14.Тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Частота гетероиммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей, роль вирусной и бактериальной инфекции, медикаментов в ее развитии. Патогенез.
- 15.Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация.
16. _____
17. _____

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ПЕДИАТРИИ»

ЗАДАЧА 1

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:** Нб –108 г/л, Эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, цв. п. – 0,86, тромбоциты $8,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $9,2 \times 10^9/л$, 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%, красный 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, рН – 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. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
5. Назовите тип кровоточивости у пациента.
6. Назначьте лечение.
7. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
8. Назовите индукторы агрегации тромбоцитов для оценки их функциональных свойств.
9. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

ЗАДАЧА 2

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 среднеключичной 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. – $5,2 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $416,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /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, мочевины – 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 3

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен.

Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, бабушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Отмечается болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный.

Анализ крови клинический: Hb – 72 г/л; эр. – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ц.п. – 0,77; ретикулоциты – 50г/л, Ht – 29 об%; лейкоц – $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 12 мм/час; тромб – $390,0 \times 10^9$ /л; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Общий анализ мочи: кол-во 90 мл, цвет – сол.-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок. Слизистая оболочка луковицы с выраженным отеком и гиперемией. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета. По задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутривенные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Этиопатогенез данного заболевания.

3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
7. Назначьте и обоснуйте лечение.
8. Расскажите о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.
9. Какая сопутствующая патология имеется у ребенка?
10. Обоснуйте причины появления данной сопутствующей патологии.
11. Какова тактика диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА 4.....

ЗАДАЧА 5.....

Критерии оценки промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (ЭКЗАМЕН)

«Неудовлетворительно»:

- ✓ Знания: студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает и не понимает значительную или основную часть программного материала в пределах поставленных вопросов.
- ✓ Умения: студент не умеет применять неполные знания к решению конкретных вопросов и ситуационных задач по образцу.
- ✓ Навыки: студент не владеет практическими навыками на симуляционных фантомах и не знает оказания первой помощи в неотложных ситуациях по педиатрии.

«Удовлетворительно»:

- ✓ Знания: студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала по дисциплине «Факультетская педиатрия». Имеет несистематизированные знания по модулям дисциплины. Материал излагает фрагментарно, не последовательно.
- ✓ Умения: студент испытывает затруднения при изложении материала по модулям дисциплины «Факультетская педиатрия». Студент непоследовательно и не систематизировано умеет использовать неполные знания материала. Студент затрудняется при применении знаний, необходимых для решения задач различных ситуациях, при объяснении конкретных понятий в разделах «Факультетская педиатрия»
- ✓ Навыки: студент владеет основными навыками, но допускает ошибки и неточности использованной научной терминологии и при ответах на акушерском фантоме. Студент в основном способен самостоятельно главные положения в изученном материале. Студент способен владеть навыком использования некоторых манипуляций при неотложных состояниях.

«Хорошо»:

- ✓ Знания: Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале. Показывает знания всего изученного программного материала. Дает полный и правильный ответ на основе изученного теоретического и практического материалов; незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала, определения понятий дал неполные, небольшие неточности при использовании научных терминов.
- ✓ Умения: Студент умеет самостоятельно выделять главные положения в изученном материале; на

основании фактов и примеров обобщать, делать выводы, устанавливать внутрипредметные связи. Студент умеет использовать полученные знания на практике в видоизмененной ситуации, соблюдать основные правила культуры устной речи, использовать научные термины.

- ✓ **Навыки:** Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Студент не обладает достаточным навыком работы со справочной литературой, учебником, первоисточниками; правильно ориентируется, но работает медленно некоторых манипуляций при неотложных состояниях.

«Отлично»:

- ✓ **Знания:** Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины «Факультетская педиатрия». Знает основные понятия в разделах акушерства и гинекологии. Показывает глубокое знание и понимание всего объема программного материала.
- ✓ **Умения:** Студент умеет составить полный и правильный ответ на основе изученного материала, выделять главные положения, самостоятельно подтверждать ответ различными ситуационными задачами, самостоятельно и аргументировано делать анализ, обобщения, выводы. Устанавливать междисциплинарные (на основе ранее приобретенных знаний) и внутрипредметные связи, творчески применять полученные знания для решения аедиатрических задач. Последовательно, четко, связано, обосновано и безошибочно излагать учебный материал; давать ответ в логической последовательности с использованием принятой терминологии; делать собственные выводы; формулировать точное определение и истолкование основных понятий и правил; при ответе не повторять дословно текст учебника; излагать материал литературным языком; правильно и обстоятельно отвечать на дополнительные вопросы преподавателя. Самостоятельно и рационально использовать наглядные пособия, справочные материалы, учебник, дополнительную литературу, первоисточники, симуляционные фантомы.
- ✓ **Навыки:** Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком демонстрации и этапность манипуляций оказании помощи при неотложных состояниях. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины.

ФГБОУ ВО ДГМУ

Минздрава России

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

Специальность (направление): врач-педиатр

Дисциплина «Факультетская педиатрия»

БИЛЕТ № 15 (ОБРАЗЕЦ!!!)

1. Острая и хроническая сердечная недостаточность. Лечение. Неотложная помощь.
2. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Критерии диагностики.
3. Острый бронхит. Дифф. диагностика с бронхо-обструктивным синдромом.
4. Витамин » Д « -дефицитный рахит.. Этиопатогенез, клиника .Лечение
5. Задача:

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен.

Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дедушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Отмечается болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный.

Анализ крови клинический: Hb – 72 г/л; эр. – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ц.п. – 0,77; ретикулоциты – 50г/л, Ht – 29 об%; лейкоц – $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 12 мм/час; тромб – $390,0 \times 10^9$ /л; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Общий анализ мочи: кол-во 90 мл, цвет – сол.-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок. Слизистая оболочка луковицы с выраженным отеком и гиперемией. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета. По задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутрпеченочные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
7. Назначьте и обоснуйте лечение.
8. Расскажите о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.

9. Какая сопутствующая патология имеется у ребенка?
10. Обоснуйте причины появления данной сопутствующей патологии.
11. Какова тактика диспансерного наблюдения?

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 1 от «28» августа 2018 г.

Заведующая кафедрой: Алискандиев А.М. д.м.н., профессор, зав. кафедрой

_____ (подпись)

Составители:

Алискандиев А.М. д.м.н., профессор, зав. кафедрой / _____

Ибрагимов В.М/Э., к.м.н., доцент кафедры / _____

М.П.

«30» августа 2018 г.

Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплин (модуля)	Оценочные средства
Текущий контроль		
ОК-7,ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел:1 Фоновые состояния в педиатрии	Реферат Контрольная работа Тесты
ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел: 2. Гастроэнтерология раннего возраста	Реферат Контрольная работа Тесты

ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел: 3 Пульмонология раннего возраста	Реферат Контрольная работа Тесты Собеседование Презентации Защита истории болезни
ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел: 4. Пульмонология старшего возраста. Кардиология и ревматология	Реферат Контрольная работа №1 Тесты
ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел:5. Гастроэнтерология старшего возраста. Нефрология	Реферат Контрольная работа №1 Тесты
ОК-7,ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел: 6. Патология неонатального периода.	Реферат Контрольная работа Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел:7. Нефрология	Реферат Контрольная работа Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел:8 Гематология	Реферат Контрольная работа №1 Тесты Презентации Собеседование
Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины		
ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Зачет/экзамен	Собеседование по билетам – устно

7.0 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины .

Основная литература.

Печатные источники:

№/п	Издания:	Количество экземпляров в библиотеке
1.	Детские болезни. Под ред. Н.П. Шабалова. Учебник для студ. пед.фак.мед. вузов в 2х тт. 6-е изд. СПб.: Питер, 2012, 928с.(311экз)	311
2.	Педиатрия: учебник/ под ред. проф. Н.А. Геппе. М, ГЭОТАР-Медиа, 2009.432с (40экз)	40
3.	Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. Детские болезни: учебник для мед.вузов. В 2-х тт. -2 изд-е, М., ГЭОТАР-медиа, 2013, 768с.	40

Электронные источники:

8.2 Перечень дополнительной литературы

№/п	Издания:
1.	Детские болезни. Под ред. Л.А.Баранова. Учебник для студ. мед. вузов/ 3-е изд. – М:Гэотар-Медиа,2007. -1008
2.	Кардиология детского возраста [Электронный ресурс] / под ред. А. Д. Царегородцева, Ю. М. Белозёрова, Л. В. Брегель - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 784 с- http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428160.html
3.	Детская нефрология. Руководство для врачей. Под ред. М.С.Игнатовой. М.: МИА, 2011, 696 с.
4.	Детская ревматология. Руководство для врачей. Под ред. А.А.Баранова и Л.К.Баженовой. М.: Медицина, 2002, 336 с.
5.	Детские болезни. Под ред. Н.Н. Володина, Ю.Г. Мухиной. Т.1. Неонатология. М.: Династия, 2011, 512 с.
6.	Детские болезни. Под ред. Н.Н. Володина, Ю.Г Мухиной. Т.2. Гастроэнтерология. М.: Династия, 2011, 311 с.

Электронные источники:

11. Прочие ресурсы

Для учебной и научно-исследовательской работы студентов

Сайты медицинских издательств

Издательство «Медицина» -

Издательский дом «Русский врач» (журналы «Врач», «Фармация», книги серии «Практическому врачу»)- www.rusvrach.ru

Издательство РАМН(книги по всем отраслям медицины) - www.iramn.ru

Издательский дом «Практика» (переводная медицинская литература) - www.practica.ru

Издательский дом «Гэотар-МЕД» (учебная литература для базисного и постдипломного образования врачей) - www.geotar.ru

«Медиасфера» - www.mediasphera.aha.ru

Издательство «Media Medica» — www.consilium-medicum.ru

Электронные версии журналов

«Педиатрия»:

«Врач и информационные технологии»: [idmz@.](mailto:idmz@)

«Вопросы современной педиатрии»:

«Казанский медицинский журнал»:

http://www.kcn.ru/tat_en/science/kazmed/index.html

«Профилактика заболеваний и укрепление здоровья»: www.mediasphera.aha.ru/profil/prof-mn.html

«Российский вестник перинатологии и педиатрии»:/

«Русский медицинский журнал»- /

Руководства по различным медицинским специальностям

(книги и руководства): www.medlinks.ru/sections/php

NationalAcademyPress(руководства): www.nap.edu

Библиотеки:

1. Научная электронная библиотека (НЭБ):ДГМУ studmedlib.ru

Консультант студента.

2. Научная электронная библиотека (НЭБ): www.elibrary.ru (научные статьи более чем из 2000 журналов с 1991г., электронные версии книг по медицине)

3. Библиотечный on-line центр – www.ditm.ru (доступ к базе данных по медицине, библиографические описания фонда ГЦНМБ)

4. Российская государственная библиотека - www.rsl.ru

Общественные и официальные службы

Министерство здравоохранения РФ -

Всемирная организация здравоохранения - t.ru/index.html

Медицинские общества, сообщества

Союз педиатров России –

Кокрановское сообщество -

Другие поисковые интернет-ресурсы:

Информационно-поисковые системы: Medline, PubMed, WebofScience

Доступ к базам данных POLPRED

Сайт:www.med-edu.ru

Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»: <http://www.knigafund.ru>

8. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

При реализации рабочей программы дисциплины «**Факультетская педиатрия**» используются различные образовательные технологии. Аудиторные занятия проводятся в виде лекций с использованием ПК и компьютерного проектора, практических занятий на кафедре факультетской и госпитальной педиатрии, с использованием ПК, фантомов. Самостоятельная работа студентов проводится под руководством преподавателей, с оказанием консультаций и помощи при подготовке к контрольным работам, выполнении домашних заданий.

Для успешного освоения дисциплины «**Факультетская педиатрия**» в программе курса используются следующие образовательные и информационные технологии:

1. **Видеофильм.** Обеспечивает наглядность изучаемой проблемы, поддерживает интерес к предмету обсуждения, сопровождается комментариями преподавателя.

2. **Ролевая игра.** Позволяет в игровой форме воспроизвести симптомы заболевания, отработать действия врача, этапы оказания врачебной помощи.

3. **Занятия с использованием тренажеров, фантомный курс.** Каждый студент имеет возможность самостоятельно выполнить манипуляцию, операцию, отработать каждый этап процесса, оценить результат.

4. **Посещение врачебных конференций, консилиумов.** «Погружает» студента в непосредственную клиническую среду, показывает применение полученных теоретических знаний на практике, приближает студента к больному, облегчает запоминание симптоматики, диагностики и методов лечения.

5. **Мастер-классы.** Преподаватель во время работы на отделении демонстрирует приемы обследования и лечения и обучает им студентов на больных. Проводит разбор сложных случаев с использованием историй родов и болезни, студенты присутствуют на утренних конференциях и обходах больных. При этом обучающиеся усваивают врачебную логику, клиническое мышление, видят непосредственную работу врачей, «погружаются» в дисциплину. «Бронхиальная астма: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике»; «Гломерулонефриты у детей: решение извечной проблемы на современном этапе».

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о материально-техническом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№ п/п	Адрес (местоположение) здания, сооружения, помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда,	Наименование дисциплины	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений *, территорий с указанием площади	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа

1	2	безвозмездное пользование	4	(кв.м.)	6	7	8
	г.Махачкала, Ул. Гагарина 138.ДГКБ №1		Факультет ская педиатрия		для лекционных занятий конференц. зал №1 для практических занятий учебные комнаты №3 текущего/промежуточного контроля---- для самостоятельной работы ---- лаборатория ---- И т.д.	для лекционных занятий :----- для практических занятий: Персональные компьютеры-3; Ксерокс Canon FC-128 -3 Оверхед проектор - 3; Принтер лазерный HPLJ-3; МФУ hp LaserJet Pro-1; И т.д. для самостоятельной работы:-----	Win HOME 10 Russian OLP (Сублицензионный договор Tr000044429 от 08.12.15г.); Kaspersky Edition Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node (Лицензионный договор № 1081-2015 от 14.10.2015г); Office ProPlus 2013 RUS OLP NL Acdmc (договор №ДП-026 от 16.10.13г) И т.д.
	г.Махачкала, пр. Акушинского ДРКБ №1		Факультет ская педиатрия		для лекционных занятий конференц. зал №1 для практических занятий учебные комнаты №3 текущего/промежуточного контроля---- для самостоятельной работы ---- лаборатория ---- И т.д.		

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

ФИО Преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний совместный)	Занимаемая должность, ученая степень / ученое звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования)	Уровень образования, наименование специальности по диплому,	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год	Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы

	итель, внешний совместитель, по договору)	звание		я окончил, год)	наименование присвоенной квалификации	ставк и)			ы в профильных организациях с указанием периода работы и должности	
							Спец	Пед		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Алискандиев А.М	штатный	Зав.кафедрой д.м.н., профессор	Факультетская педиатрия	Дагестанский государственный медицинский институт, г.	Высшее профессиональное, педиатрия, врач				40	
Тавакова А.А.	штатный	Доцент, кафедры. к.м.н.	Факультетская педиатрия	Дагестанский государственный медицинский институт, г.	Высшее профессиональное, педиатрия, врач				35	
Ибрагимов В.М\Э	штатный	Доцент, кафедры. к.м.н.	Факультетская педиатрия	Дагестанский государственный медицинский институт, г.	Высшее профессиональное, педиатрия, врач				37	
Манапова Р.М.	штатный	Асс-т каф-ры.	Факультетская педиатрия	ДГМУ	Высшее педиатрия, врач				10	
Суракатова П.С.	штатный	Асс-т каф-ры,	Факультетская педиатрия	ДГМУ	Высшее педиатрия, врач				12	
Алискандиева З.А.	штатный	Асс-т каф-ры, к.м.н.	Факультетская педиатрия	ДГМУ	Высшее педиатрия, врач				12	

Лист регистрации изменений в рабочей программе

Учебный год	Дата и номер извещения об изменении	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего изменения
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «**ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетская и госпитальная педиатрия

« УТВЕРЖДЕНО »
на заседании кафедры
«28» августа 2018г.

Протокол №1

Заведующий кафедрой, профессор Алискандиев А.М.

подпись

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**
«_____»

Специальность (направление) подготовки: 31.05.02 Педиатрия

Квалификация выпускника: Врач-педиатр

МАХАЧКАЛА 2018 г.

ФОС составил кафедра « факультетской и госпитальной педиатрии»

Заведующий кафедрой, (д.м.н.профессор А.М. Алискандиев)

ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры «факультетской и госпитальной педиатрии»

Протокол заседания кафедры от «28» августа 2018 г. № 1

Заведующий кафедрой Алискандиев А.М. (_____)

АКТУАЛЬНО на:

2018 / 2019 учебный год _____ (_____)

20__ /20__ учебный год _____

20__ /20__ учебный год _____

**КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ
ДИСЦИПЛИНЫ «Факультетская педиатрия»**

№	Наименование категории (группы)компетенции	Код и наименование компетенции(или ее части)
1	2	3
Общекультурные компетенции		
ОК-1	способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных,	- знать социально-значимые проблемы и процессы - уметь использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной

	естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности	деятельности - владеть методами гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности
ОК-5	способность и готовность 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	- уметь вести дискуссии и полемики, - владеть логическим и аргументированным анализом, публичной речью, редактированием текстов профессионального содержания, навыками воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничества и разрешения конфликтов, подготовлен к толерантности
ОК-7	способностью и готовностью использовать методы управления, организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции	- знать методы управления - Уметь принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции - владеть методами управления, организации работы исполнителей
ОК-8	способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну	- знать принятые в обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией - уметь соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну - владеть: способен осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые

		акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну
Общепрофессиональные компетенции		
	<p>ОПК-1-готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности;</p> <p>ОПК-6-готовностью к ведению медицинской документации;</p> <p>ОПК-7-готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач;</p> <p>ОПК-8-готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач;</p> <p>ОПК-9-способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;</p> <p>ОПК-10-готовностью к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи;</p> <p>ОПК-11-готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.</p>	
Профессиональные компетенции		
ПК-3	Способность и готовность 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	<p>- знать методы системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений</p> <p>- уметь использовать метод системного подхода к анализу медицинской информации</p> <p>- владеть системным подходом к анализу медицинской информации в целях совершенствования профессиональной деятельности</p>
ПК-4	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок,	<p>- знать методы анализа результатов собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок</p> <p>- уметь анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных</p>

	осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность	ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность - владеть навыками анализа результатов собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок
ПК-5	способность и готовность проводить и интерпретировать опрос и физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка различного возраста; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных, морфологического анализа методов биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка	- знать методы и принципы опроса и физикального осмотра, клинического обследования ребенка различного возраста; оценки результатов современных лабораторно-инструментальных, морфологического методов анализа биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; заполнения карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка - уметь проводить и интерпретировать опрос и физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка различного возраста; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных, морфологического анализа методов биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка - владеть навыками применения этих методов в практической деятельности
ПК-6	Способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп	- знать клинические синдромы, патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп - уметь проводить оценку клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп - владеть методами оценки клинических синдромов, обосновывания патогенетически оправданных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп

ПК-9	<p>способность и готовность к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами – детьми и подростками, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знать принципы работы с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами – детьми и подростками - уметь получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач - владеть навыками работы с компьютерной техникой, используемой в работе с пациентами
ПК-12	<p>Способность и готовность проводить с прикрепленным детским населением и подростками профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учетом факторов риска, назначать питание здоровому ребенку, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми и подростками</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знать профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учетом факторов риска - уметь проводить с прикрепленным детским населением и подростками профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учетом факторов риска, назначать питание здоровому ребенку, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми и подростками - владеть навыками использования мероприятий в практической деятельности
ПК-15	<p>способность и готовность к постановке диагноза больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знать принципы оценки данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования - уметь обосновывать диагноз больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального

	и инструментального исследования	<p>исследования</p> <p>- владеть навыками постановки диагноза больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования</p>
ПК-16	<p>способности и готовности анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов</p>	<p>- знать закономерности функционирования отдельных органов и систем, анатомо-физиологических основы, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков</p> <p>- уметь анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов</p> <p>- владеть принципами оценки закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов</p>
ПК-17	<p>способности и готовности выявлять у больных детей и подростков основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза</p>	<p>- знать основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, основы медико-биологических и клинических дисциплин, алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p> <p>- уметь выявлять у больных детей и подростков основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем при различных заболеваниях и патологических</p>

	(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	<p>процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p> <p>- владеть навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, использования алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнения основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p>
ПК-18	способности и готовности анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастному-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка для успешной лечебно-профилактической деятельности	<p>- знать принципы оценки результатов современных диагностических технологий по возрастному-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка</p> <p>- уметь анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастному-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка для успешной лечебно-профилактической деятельности</p> <p>- владеть навыками оценки результатов современных диагностических технологий по возрастному-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка</p>
ПК-19	способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях у детей и подростков, способных вызвать осложнения / или летальный исход: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и крови; своевременно выявлять жизнеугрожающие состояния (острая кровопотеря, нарушении	<p>- знать основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях у детей и подростков, способных вызвать осложнения / или летальный исход: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и крови;</p> <p>- уметь выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях у детей и подростков, способных вызвать осложнения / или летальный исход: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и крови; своевременно выявлять жизнеугрожающие состояния (острая кровопотеря, нарушении дыхания, остановка сердца, кома, шок) использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые</p>

	дыхания, остановка сердца, кома, шок) использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия	мероприятия - владеть навыками мероприятий
ПК-20	Способность и готовность назначать больным детям и подросткам адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение с соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным детям и подросткам с инфекционными и неинфекционными заболеваниями	- знать принципы назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии больным детям и подросткам с инфекционными и неинфекционными заболеваниями - уметь назначать больным детям и подросткам адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение с соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии владеть навыками назначения больным детям и подросткам адекватного лечения с соответствии с выставленным диагнозом, осуществления алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии

**УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Факультетская педиатрия»**

<i>Компетенции не освоены</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат менее 50%	Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины
<i>Базовый уровень</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат 50-69%	Ответы на вопросы и решения поставленных задач недостаточно полные. Логика и последовательность в решении задач имеют нарушения. В ответах отсутствуют выводы.
<i>Средний уровень</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат 70-84%	Даются полные ответы на поставленные вопросы. Показано умение выделять причинно-следственные связи. При решении задач допущены незначительные ошибки, исправленные с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.
<i>Продвинутый уровень</i>	По результатам контрольных мероприятий получен результат выше 85%	Ответы на поставленные вопросы полные, четкие, и развернутые. Решения задач логичны, доказательны и демонстрируют аналитические и творческие способности студента.

Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплин	Оценочные средства
Текущий контроль		
ОК-7,ОПК-1 ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел 1. Фоновые состояния в педиатрии	Реферат Контрольная работа №1 Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	. Раздел 2 Гастроэнтерология раннего возраста	Реферат Контрольная Работа. Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел3. Пульмонология раннего возраста	Реферат Контрольная Работа. Тесты Собеседование Презентации Защита истории болезни
ОК-7,ОПК-1ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел4. Пульмонология старшего возраста. Кардиология и ревматология	Реферат Контрольная Работа. Тесты Собеседование Презентации
ОК-7,ОПК-1,ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел5. Гастроэнтерология старшего возраста. Нефрология	Реферат Контрольная работа .Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел 6. Патология неонатального периода.	Реферат Контрольная Работа. Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1,ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел 7. Нефрология	Реферат Контрольная работа .Тесты Собеседование
ОК-7,ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	Раздел 8. Гематология	Реферат Контрольная Работа.Тесты Презентации Собеседование

Промежуточный контроль		
ОК-7,ОПК-1,ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20	экзамен	билеты

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Шкала оценивания			
«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
знать			
<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.</p> <p>Не знает этиологию и патогенез наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современные методы их диагностики, лечения и профилактики.</p>	<p>Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала.</p> <p>Имеет несистематизированные знания о этиологии и патогенезе наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современных методов их диагностики, лечения и профилактики.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.</p> <p>Знает основные положения о этиологии и патогенезе наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современных методов их диагностики, лечения и профилактики.</p> <p>..</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины.</p> <p>Знает основные положения о этиологии и патогенезе наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современных методов их диагностики, лечения и профилактики. Показывает глубокое знание и понимание в изученном материале</p>
уметь			

<p>Студент не умеет распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>Студент испытывает затруднения при распознавании основных симптомов и симптома комплексов наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза. Студент непоследовательно и не систематизировано.. дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации. Студент затрудняется при разработке больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>Студент умеет самостоятельно распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>Студент умеет последовательно распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; Студент умеет самостоятельно разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>
владеть			
<p>Студент не владеет навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии при</p>	<p>Студент владеет основными навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии при</p>	<p>Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику</p>

<p>наиболее распространенных нозологических формах заболеваний детского возраста их классическом типичном проявлении; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; расчетом дозы основных лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, в зависимости от возраста пациента; навыками проведения профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях в зависимости от возраста детей.</p>	<p>наиболее распространенных нозологических формах заболеваний детского возраста в их классическом типичном проявлении; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; Студент в основном способен самостоятельно интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; расчетом дозы основных лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, в зависимости от возраста пациента; владеет навыком использования профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях в зависимости от возраста детей.</p>	<p>последовательно профессионально и грамотно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Студент способен самостоятельно выделять главные этио-патогенетические механизмы заболеваний и адекватное лечение.</p>	<p>основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком определения <u>диагностического поиска.</u> Студент <u>показывает</u> глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части.</p>
--	---	--	---

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ

Семестр	«не зачтено»	«зачтено»
знать		
	.Не знает этиологию и патогенез наиболее распространенных	.Знает этиологию и патогенез наиболее распространенных нозологических форм

	<p>нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современные методы их диагностики, лечения и профилактики.</p>	<p>заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современные методы их диагностики, лечения и профилактики Показывает глубокое понимание и знание и понимание в изученном материале</p>
<p>уметь</p>		
	<p>Студент не умеет распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>	<p>Студент умеет последовательно распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию (подтверждение, обоснование) диагноза; провести дифференциальную диагностику в группе заболеваний со схожими симптомами; поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; Студент умеет самостоятельно разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.</p>
<p>владеть</p>		
	<p>Студент не владеет навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии при наиболее распространенных нозологических формах заболеваний детского возраста и их классическом типичном проявлении; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; расчетом дозы основных лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, в зависимости от возраста пациента; навыками проведения профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях в зависимости от возраста детей.</p>	<p>Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины. Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. <u>Студент владеет навыком определения диагностического поиска. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части.</u></p>

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ(Тесты)

Раздел: АНОМАЛИЯ КОНСТИТУЦИИ:

ВАРИАНТ-1

1. Какой клинический признак не типичен для экссудативно-катарального диатеза?
 5. Опрелости
 6. Экзема
 7. Дефицит массы тела
 8. Гнейс ОПК-9;ПК-5;ПК-6:
2. Укажите особенность, которая не характерна для нервно-артритического диатеза:
 5. Склонность к дискинезиям желудочно-кишечного тракта
 6. Снижение иммунной реактивности
 7. Невропатическая рвота
 8. Недостаточная сопряженность белкового, жирового и углеводного обмена ОПК-9;ПК-5;ПК-6:
3. Какое заболевание не входит в группу риска при экссудативно-катаральном диатезе:
 1. Аллергические заболевания
 2. Хронический гастрит
 3. Дисбактериоз
 4. Сердечно-сосудистая патология ОПК-9;ПК-5;ПК-6:
4. Укажите, какие заболевания, входящие в группу «высокого риска», при нервно-артритическом диатезе:
 1. Дискинезии желудочно-кишечного тракта
 2. Мочекаменная болезнь
 3. Спастический запор
 4. Все перечисленное ОПК-9;ПК-5;ПК-6:
5. Какие продукты необходимо исключить из питания ребенка с нервно-артритическим диатезом:
 5. Углеводы
 6. Куриный бульон, печень
 7. Коровье молоко
 8. Цитрусовые ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9
6. Какое изменение в крови патогномично для нервно-артритического диатеза?
 3. диспротеинемия
 4. гипоальбуминемия
 5. повышение мочевой кислоты
 6. гиперхолестеринемия
 7. гипогликемия ОПК-7;ПК-5; ПК-6; ПК-9
7. В генеалогическом анамнезе детей с мочекислым диатезом высока распространенность:
 1. подагры
 2. мочекаменной болезни
 3. функциональных нарушений нервной системы
 4. сахарного диабета
 5. всего вышеперечисленного ОПК-9;ПК-1; ПК-2
8. Основными маркерами лимфатико - гипопластического диатеза являются:
врожденная генерализованная иммунопатология
 6. избыточный синтез гистамина
 7. генетически детерминированная гиперпродукция IgE
 8. увеличение лимфатических узлов
 9. гиперплазия вилочковой железы
 10. гиподисфункция коры надпочечников ОПК-7;ПК-5; ПК-6;
9. К клиническим проявлениям экссудативно-катарального диатеза относят все кроме:

6. гнейс
7. географический язык
8. неадекватная реакция на внешние воздействия
9. лихенификация и экссудация *
10. молочный струп ОПК-7;ПК-5; ПК-6;

10. Морфо-функциональными особенностями кожи детей раннего возраста, предрасполагающими к развитию аллергического кожного воспаления, являются: а) тонкий слой эпидермиса и рыхлый слой подкожно-жировой клетчатки; б) богатая васкуляризация и большое количество эластических волокон в дерме; в) отсутствие образования витамина D в коже; г) повышенное количество дендритных (антиген-презентирующих) клеток эпидермиса; д) быстрая трансэпидермальная потеря воды

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, в, г
4. а, б, г, д
5. а, в, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

11. К анатомо-физиологическим особенностям организма детей раннего возраста, предрасполагающим к развитию аллергических реакций, относятся: а) огромная резорбтивная поверхность кишечника; б) сниженная активность пищеварительных ферментов; в) низкая продукция инактиваторов медиаторов аллергии; г) сниженная продукция секреторного компонента IgA_s; д) все перечисленное

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, в, г
4. а, б, в, д
5. д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

12. Синдром внезапной смерти чаще наблюдается у детей с диатезом:

1. экссудативно-катаральным
2. лимфатико-гипопластическим
3. аллергическим ОПК-1;ОПК-5; ОПК-7;ОПК-9;ПК-1;ПК-6.

13. Проявлениями экссудативно-катарального диатеза является:

1. тимомегалия
2. кетоцитоз
3. артралгии
4. географический язык ОПК-9;ПК-5; ПК-6.

14. При лечении детской экземы в последнюю очередь будут использованы:

1. антигистаминные препараты
2. седативные препараты
3. ферменты
4. глюкокортикоиды
5. антилибераторы ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10.

15. Лимфатический диатез наиболее часто манифестируется:

1. лимфопролиферативным синдромом
2. симптомами перемежающейся соледефицитной надпочечниковой недостаточности
3. аллергическими симптомами
4. диспропорциями телосложения
5. всем выше перечисленным ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

16. Какой основной лабораторный критерий используется для диагностики нервно - артритического диатеза:

1. Гиперлипидемия
2. Гиперурикемия
3. Гипергликемия. ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

АНОМАЛИЯ КОНСТИТУЦИИ:

ВАРИАНТ-2

1. К патогенетическим маркерам лимфатического диатеза относятся все, кроме:

1. абсолютный и относительный лимфоцитоз
2. признаки симпатико-адреналового дисбаланса
3. признаки активизации Т-лимфоцитов-хелперов
4. диспротеинемия ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
5. парциальный не классифицируемый иммунодефицит.

2. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при:

1. нервно-артритическом
2. лимфатико-гипопластическом ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

3. Укажите особенности диеты детей с лимфатическим диатезом:

1. ограничение продуктов, богатыми пуринами
2. ограничение мяса
3. ограничение легкоусвояемых углеводов
4. все указанные
5. специальная диета не предусматривается ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;

4. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

1. нервно-артритическом
2. лимфатико-гипопластическом ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

5. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

1. синдром мальабсорбции
2. синдром внезапной смерти
3. подагра
4. аутоиммунные заболевания
5. неврастенический синдром ОПК-5; ОПК-7; ОПК-9;ПК-1; ПК-5; ПК-6;

6. Какой из указанных признаков анамнеза указывает на возможность развития у ребенка мочекислого диатеза?

1. наличие бронхиальной астмы у близких родственников
2. высокая масса при рождении
3. высокая распространенность в семье пробанда подагры, мочекаменной болезни
4. наличие вирусной инфекции у матери во время беременности
5. асфиксия в родах ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

7. При мочекислом диатезе в моче могут, определяться:

1. повышенное содержание уратов
2. высокий удельный вес
3. микрогематурия
4. все вышеперечисленное
5. все вышеперечисленное+ ацетонурия ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

8. К маркерам инфекционно-аллергического диатеза относятся все, кроме:

1. длительный субфебрилитет после перенесенного ОРВИ
2. появление артралгий во время ОРВИ ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
3. появление кардиалгий во время ОРВИ
2. высокий уровень гамма-глобулинов крови

9. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:

1. лимфатико-гипопластическим ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
2. нервно-артритическим

10. Мочекислый диатез может манифестироваться всем, кроме:

1. ацетонемической рвотой
2. болями в мышцах разгибателей
3. лимфополиаденией ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
4. хорееподобными гиперкинезами
5. ускоренным развитием психики и речи

11. Укажите признак, характерный для нервно-психического синдрома у детей с мочекислым диатезом:

1. ускоренное развитие психики и речи
2. эмоциональная вялость
3. эпилептиформные припадки
4. мышечная гипотония
5. все выше перечисленное. ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

12. В генеалогическом анамнезе детей с мочекислым диатезом высока распространенность:

1. подагры
2. мочекаменной болезни
3. функциональных нарушений нервной системы
4. сахарного диабета
5. всего выше перечисленного ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-1;ПК-5; ПК-6;

13. В основе мочекислого диатеза лежит генетически детерминированное нарушение активности ферментов, принимающих участие в метаболизме:

1. мочевой кислоты
2. пировиноградной кислоты
3. лимонной кислоты
4. янтарной кислоты ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
5. полиненасыщенных жирных кислот

14. Наиболее специфичным признаком в гемограмме у детей с лимфатико - гипопластическим диатезом является:

1. Анемия ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
2. Лейкопения
3. Повышение числа лимфоцитов, несущих на своей поверхности Fc-рецепторы.

15. К маркерам аутоиммунного диатеза относятся все, кроме:

1. особенности семейного анамнеза
2. повышенная чувствительность кожи к УФО
3. высокий уровень гамма-глобулинов крови
4. выявление LE-клеток на фоне полного здоровья

5. ускорение СОЭ ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

Контрольная работа №1

Билет 1

1. Современные представления о конституции и диатезе.
2. Дать определение ЭКД, ЛГАК, НАД.
3. Причины развития диатезов.

Билет 2

1. Патогенетические и аспекты каждого варианта аномалии конституции.
2. Лабораторные данные при различных вариантах аномалии конституции.
3. Антенатальная и постнатальная профилактика (немедикаментозная и медикаментозная).

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ВАРИАНТ-1

1. При лечении атопического дерматита в последнюю очередь будут использованы:

5. антигистаминные препараты
 6. седативные препараты
 7. ферменты
 8. системные глюкокортикоиды
- ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;

2. При тяжелой форме атопического дерматита/экземы в острый период назначают: а) системные глюкокортикоидные средства (ГКС); б) антигистаминные препараты; в) топические ГКС; г) комбинированные препараты местного действия, содержащие ГКС, антибактериальные и антимикотические компоненты; д) мази и кремы, не содержащие ГКС

1. а, б, в
2. а, б, г
3. б, в
4. а, г
5. а, д ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;

3. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами, способными играть роль триггеров атопического дерматита/экземы у младенцев, являются: а) белки коровьего молока (казеин, бычий сывороточный альбумин, β - и α -лактальбумин); б) белки пшеницы (глютен), проса (гордеин), овса (авеин); в) галтены, содержащиеся в капусте и кабачках; г) куриное яйцо (овальбумин, овомукоид и др.); д) рыба (М-паральбумин, гистамин, гистаминолибераторы); е) белки гречихи (лизин, метионин, триптофан, аргинин и др.) и кукурузы (зеин и глютелин)

1. а, б, д
2. а, в, д
3. а, в, д, е
4. а, б, г, д
5. а, г, е

ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-1;ПК-5; ПК-6;

4. В раннем детском возрасте атопический дерматит протекает чаще:

1. с синдромом лихенификации
2. с экзематозным поражением лица
3. с экзематозным поражением кистей рук
4. с эритематозно-сквамозными поражениями

ОПК-5 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

5. К базисной терапии атопического дерматита относят:

5. супрастин ОПК-8;ПК-8; ПК-9;ПК-10;
6. кетотифен
7. интал
8. активированный уголь
5. фестал

6. У детей имеются следующие анатомические особенности кожи:

1. роговой слой хорошо развит
2. слабая связь эпидермиса и дермы
3. низкая эластичность кожи
4. содержит мало воды ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

7. При атопическом дерматите бытовой этиологии отмечается:

1. ухудшение в сырую погоду
2. ухудшение в ночное время
3. четкая сезонность
4. связь с нарушением диеты ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

8. Экзематозная форма атопического дерматита характеризуется:

1. коркообразованием
2. лихенификацией
3. уртикарной сыпью
4. себореей ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

9. У детей плохо развиты все следующие функции кожи, кроме:

1. выделительная
2. витаминобразующая
3. терморегулирующая
4. защитная
5. бактерицидная ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

10. Оценка тяжести атопического дерматита у детей проводится на основе:

5. выраженности зуда
6. обширности поражения
7. длительности периода ремиссии
8. шкалы SCORAD ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

11. Уртикарная сыпь на коже встречается при:

1. коревой краснухе
2. пиодермии
3. крапивнице
4. атопическом дерматите
5. чесотке ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

12. У детей старшего возраста атопический дерматит протекает чаще:

1. с синдромом экзематизации
2. с синдромом лихенификации
3. в форме эритематозно-сквамозной
4. сочетанием различных форм ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

13. Лихеноидная форма атопического дерматита характеризуется:

1. гиперемией, везикуляцией, мокнутием
2. усилением кожного рисунка, инфильтрацией, расчесами
3. гиперемией, шелушением
4. локализацией процесса на лице ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

14. К антигистаминным препаратам III поколения:

1. супрастин
2. телфаст
3. кестин
4. кларитин

ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;

15. У ребенка с атопическим дерматитом при наличии экссудации и мокнутия применяют:

1. примочки
2. негормональные противовоспалительные мази
3. средства улучшающие микроциркуляцию
4. наружные глюкокортикостероиды

ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: ВАРИАНТ-2

1. Какой тип аллергической реакции наиболее характерен для пищевой аллергии?

1. 1 тип-реагиновый
2. 2 тип-цитотоксический
3. 3 тип-иммунокомплексный
4. 4 тип-реакция замедленного типа ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

2. Клинически гастроинтестинальная аллергия проявляется:

1. интоксикацией
2. схваткообразными болями в животе
3. тенезмами, ложными позывами
4. рвотой, с примесью крови
5. скудным стулом с примесью крови ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

3. Гастроинтестинальную аллергию вызывают аллергены:

1. пыльцевые
2. пищевые
3. эпидермальные
4. бактериальные
5. бытовые ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

4. Для синдрома энтерита при гастроинтестинальной аллергии характерно:

1. рвота
2. жидкий стул
3. кровь в стуле
4. тенезмы ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

5. Лихеноидная форма атопического дерматита характеризуется:

1. гиперемией, везикуляцией, мокнутием
2. усилением кожного рисунка, инфильтрацией, расчесами
3. гиперемией, шелушением
4. локализацией процесса на лице ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

6. У ребенка с атопическим дерматитом при наличии экссудации и мокнутия применяют:

1. примочки
2. негормональные противовоспалительные мази
3. средства улучшающие микроциркуляцию
4. наружные глюкокортикостероиды

ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;

7. Первые клинические проявления атопического дерматита чаще всего возникают:

1. с рождения
2. в 2-3- месячном возрасте
3. после года
4. в дошкольном возрасте
5. в любом возрасте одинаково часто

8. С атопическим дерматитом часто сочетаются все перечисленные мультифакториальные болезни, кроме:

1. псориаза
2. поллиноза
3. бронхиальной астмы
4. язвенной болезни 12-типерстной кишки
5. неврастении

9. Источником эндогенной инфекции у детей с атопическим дерматитом может быть аутофлора:

1. кожи
2. желудочно-кишечного тракта
3. мочевыделительных и половых органов
4. органов дыхания
5. все перечисленное

10. Ребенку 5 месяцев, находящемуся на естественном вскармливании, с атопическим дерматитом и с клиническими проявлениями дисбактериоза не следует назначать:

1. колибактерин
2. бифидум-бактерин
3. лактобактерин
4. хилак-форте
5. ацилакт

11. Наиболее частый из перечисленных фактор риска, способствующий хроническому течению, обострениям атопического дерматита, осложнениям с лимфоаденопатией и вторичной инфекцией:

1. нарушение микробиоценоза кожи, увеличение в аутофлоре кожи условнопатогенных микробов
2. сухость кожи
3. сочетание с другими наследственными болезнями мультифакториального характера
4. идиосинкразия к пищевому продукту
5. недостаток витаминов

12. Диагноз атопического дерматита необходимо подтверждать:

1. патоморфологическим исследованием кожи
2. исследованием уровня IgE в сыворотке крови
3. исследованием фагоцитарной активности
4. исследованием иммунорегуляторного индекса
5. верификация диагноза лабораторными исследованиями не нужна. В неясных случаях диагноз подтверждается динамическим наблюдением и тщательной дифференциальной диагностикой

13. Анализ родословной у больных атопическим дерматитом необходим для того, чтобы: исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные

1. определить генетический прогноз, риск наследственной отягощенности у потомства или сибсов
2. определить клиническую форму атопического дерматита
3. определить клинический прогноз
4. выявить средовые факторы риска обострений

Ситуационные задачи

Задача № 1 Мать обращалась к врачу с ребёнком 1 мес, которого она считает здоровым и хорошо развивающимся (улыбается, следит за предметами, начинает держать голову, за первый месяц прибавил в весе 1200 г.) После введения в рацион морковного сока у ребёнка появились желтоватые чешуйки (на фоне гиперемии) в надбровных областях, на лбу и на волосистой части головы.

1. О чём можно думать в данном случае?
2. Как называются указанные изменения?
3. Есть ли ещё данные в анамнезе, подтверждающие Ваше предложение?
4. Терапевтическая тактика.

Задача № 2 Ребёнку 2,5 месяца. С 3-х недель из-за мастита у матери находится на грудном вскармливании донорским молоком. В настоящее время в питание введены смеси «Малыш». Мать отличает появление красноты в паховых областях, шее, в подмышечных впадинах (несмотря на тщательный уход). На щеках и подбородке появилась гиперемия, шелушение, а затем трещины и мокнутие с образованием корок. Ребёнок беспокоен, стал плохо спать.

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?
2. Определите изменения на коже.
3. Какой причиной вероятнее всего вызваны эти изменения?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.

РАХИТ: ВАРИАНТ-1

1. Какой нормальный уровень кальция в плазме здоровых детей:

1. 0,9 – 1,0 ммоль/л.
2. 2,5 -2,75 ммоль/л.
3. 1,25 – 1,5 ммоль/л.
4. 3,1 – 3,5 ммоль/л ОПК-1;ПК-5.

2. Назовите суточную профилактическую дозу вит. Д, необходимую для доношенного ребенка, проживающего в благоприятной климатической зоне:

5. 200 – 300 МЕ
6. 800 – 1000 МЕ
7. 1000 – 2000 МЕ
8. 400 – 500 МЕ ПК-1

3. Какова тактика при слабо положительной (+) пробе сулковича у ребенка получившего курс лечения витамином Д:

5. Назначить профилактические дозы вит.Д.
6. Продолжить лечение вит. Д.
7. Отменить вит.Д.
8. Назначить препараты кальция. ПК-5

4. Какова тактика у ребенка с клиникой «цветушего» рахита при отрицательной пробе Сулковича:

5. Назначить профилактические дозы вит.Д.
6. Назначить лечебные доза вит. Д.
7. Отменить вит.Д.
8. Назначить препараты кальция. ПК-5

5. Какая эндокринная железа принимает участие в регуляции фосфорно-кальциевого обмена:

5. Гипофиз

6. Щитовидная железа
 7. Мозговой слой надпочечника
 8. Корковый слой надпочечника ОПК-9
6. Для какого течения рахита характерны симптомы остеомаляции:
1. Острое течение
 2. Подострое течение
 3. Рецидивирующее течение
 4. Для всех форм течения ПК-5
7. Какое заболевание относится к витамин-Д резистентному рахиту:
1. Цистинурия
 2. Почечный несахарный диабет
 3. Почечный солевой диабет
 4. Фосфат-диабет ПК-5;ПК-6
8. Что характерно для хронического гипервитаминоза D :
- а) остеопороз, остеомаляция и искривление нижних конечностей;
 - б) отложение кальция в стенках сосудов;
 - в) гиперкальциемия, гиперфосфатемия;
 - г) отсутствие прибавки в массе тела, анорексия, БЭН
 - д) в дальнейшем – дистрофия, ВСД , кардиопатия кардиосклероз, Хр.П.;
 - е) потемнение и гиперпигментация кожи, высокие темпы роста, R- е признаки уплотнения костной ткани.
1. а, в, е
 2. б, в, г, д,
 3. б, д
 4. г, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
9. Лечебные мероприятия при лечении рахита II степени в период разгара:
- а) массаж, гимнастика;
 - в) витамин D по 500 МЕ ежедневно в течение 6-8 недель;
 - г) УФО N15-20 в субтерапевтических биодозах;
 - д) витамин D по 3000-4000 МЕ ежедневно в течение 30 дней;
 - е) комплексные препараты, содержащие кальций и фосфор (в соотношении 2:1) на курс лечения витамином D;
 - ж) витамин D по 1000-2000 МЕ ежедневно в течение 10-12 недель
1. а, б, в, г
 2. а, г, ж
 3. б, в, е
 4. д, е, ж
 5. а, д, е ОПК-8;ПК-1;ПК-8; ПК-9;ПК-10;
10. Заподозрить у ребенка латентную тетанию (гипокальциемию) можно по следующим признакам: а) вялость; б) адинамия; в) беспокойство; г) вздрагивание; д) длительный сон; е) чрезмерная активность
1. а, б
 2. в, г
 3. в, е
 4. а, д
 5. б, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
11. Начальный период рахита чаще выявляется в возрасте:
1. с 5 по 10 день
 2. 1,5-4 месяца
 3. 6-7 мес
 4. 8-12 мес
 5. после года ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
12. Причиной рахита не может быть следующий фактор:
1. рождение в зимнее время года

2. быстрая прибавка в массе тела
 3. дефицит витамина С
 4. дефект ухода – отсутствие прогулок, массажей и пассивной гимнастики в первые месяцы жизни
 5. недоношенность ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
13. Для рахита у ребенка грудного возраста не характерен следующий симптом со стороны костной системы:
1. уплотнение костной ткани и закрытие костно-мозгового канала
 2. остеопороз и остеомаляция
 3. гиперплазия остеоидной ткани
 4. позднее прорезывание зубов
 5. деформация костей ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
14. Задержка в развитии двигательных умений у ребенка, больного рахитом, обусловлена:
1. острой сердечной недостаточностью
 2. гипотонией мышц
 3. вялыми парезами и параличами конечностей
 4. нарушением процессов пищеварения
 5. дефектами вскармливания ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
15. Гипервитаминоз Д у ребенка грудного возраста не может быть вызван:
1. передозировкой лечебной дозы витамина Д
 2. повышенной чувствительностью организма к витамину Д
 3. избыточным потреблением рыбьего жира
 4. одновременным применением лечебных доз витамина Д и УФО
 5. несчастный случай – оставление лекарств без присмотра (витамина Д)
- ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
16. Какой из перечисленных симптомов не характерен для периода разгара рахита?
1. мышечная гипотония
 2. краниотабес
 3. увеличение печени
 4. гипертонус мышц - разгибателей
 5. остеопороз ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
17. Клинически явная тетания проявляется:
6. симптомом Хвостека
 7. ларингоспазмом
 8. карпопедальными спазмами
 9. клонико-тоническими судорогами
 10. синдромом Труссо ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
18. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:
1. массаж, гимнастика
 2. водный раствор витамина D3 по 500 МЕ через день
 3. водный раствор витамина D3 по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
 4. водный раствор витамина D3 по 500-1000 МЕ ежедневно
- ОПК-8;ПК-1;ПК-2;
19. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:
1. массаж, гимнастика
 2. цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
 3. водный раствор витамина D3 по 500 МЕ через день
 4. водный раствор витамина D3 по 2-5 тыс. МЕ ежедневно
 5. водный раствор витамина D3 по 500-1000 МЕ ежедневно
- ОПК-8; ПК-8; ПК-9;ПК-10;
20. Для разгара рахита характерна следующая рентгенологическая картина:
1. прерывистое уплотнение зон роста
 2. нормальная оссификация костей

3. расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
4. незначительный остеопороз ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

Правильный ответ:1-2;2-4;3-1;4-2;5-2;6-1;7-4;8-2;9-5;10-(2;3).11-2;12-3;13-1;14-2;15-3;16-4;17-(2,3,4);18-(1,2,4);19-(1,2,4); 20-3;

РАХИТ ВАРИАНТ-2

1. Для II степени тяжести гипервитаминоза D характерно:

1. отсутствие токсикоза
2. умеренный токсикоз
3. снижение аппетита
4. рвота
5. слабо положительная проба Сулковича
6. резко положительная проба Сулковича
7. задержка нарастания массы тела
8. падение массы тела ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

2. Гипокальциемические судороги возникают при остром снижении уровня ионизированного кальция плазмы крови ниже:

1. 1,5 ммоль/л
2. 1,0 ммоль/л
3. 0,85 ммоль/л
4. 0,5 ммоль/л ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

3. Какова тактика при резко положительной (+++) пробе Сулковича:

1. Назначить профилактические дозы вит.Д.
2. Назначить лечебные дозы вит.Д
3. Отменить вит.Д.
4. Назначить препараты кальция.
ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

4. Ионы кальция участвуют в:

1. поддержании осмотического давления плазмы
2. свертывании крови
3. регуляции нервно-мышечного возбуждения
4. образовании костей ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

5. У детей содержание общего кальция в сыворотке крови составляет в ммоль/л:

1. 2,0 -2,7
2. 2,25-2,7
3. 2,5 -3,0
4. 2,7 -3,0 ОПК-1; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

6. Укажите, какие клинические признаки характерны для рахита в периоде остаточных явлений.

1. Гипотония;
2. Изменение конфигурации головы;
3. Увеличение печени и селезенки;
4. Анемия;
5. Деформация костей конечностей;
6. Плоскоррахитический таз. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

7. Об остром течении рахита свидетельствуют:

1. остеомаляция
2. остеоидная гиперплазия
3. мышечная гипотония

4. гипокальциемия ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
 5. гипофосфатемия и гипокальциемия
8. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:
1. массаж, гимнастика
 2. цитратная смесь по 1 ч.л. 3 р/д
 3. водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
 4. водный раствор витамина D₃ 2000 – 3000 МЕ ежедневно
 5. водный раствор витамина D₃ по 500 – 1000 МЕ ежедневно
ПК-1;ПК-2.
9. Каким детям, больным рахитом, можно проводить иммунопрофилактику?
1. Рахит 1, разгар, острое течение
 2. Рахит 2, разгар, подострое течение
 3. Рахит 2, разгар, рецидивирующее течение
 4. Рахит 3, разгар, подострое течение
 5. Всем выше перечисленным ПК-1;ПК-2;ПК-14
10. Продолжительность постнатальной специфической профилактики рахита составляет:
1. 1 год
 2. 1,5 года
 3. 2 года
 4. 2,5 года.
 5. 3 года ПК-1;ПК-2;ПК-14
11. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:
1. прерывистое уплотнение зон роста
 2. нормальная оссификация костей
 3. расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
 4. незначительный остеопороз ОПК-1; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
12. Критериями тяжести рахита являются:
1. выраженность костных деформаций
 2. количество отделов костной системы, вовлеченных в патологический процесс
 3. количество органов и систем (кроме костной), вовлеченных в процесс
 4. все выше перечисленное ОПК-1; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
13. Для начального периода рахита показаны следующие мероприятия:
1. массаж, гимнастика
 2. цитратная смесь по 1 ч.л. 3 р/д
 3. водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
 4. водный раствор витамина D₃ 2000 – 3000 МЕ ежедневно
 5. водный раствор витамина D₃ по 500 – 1000 МЕ ежедневно
ОПК-8; ПК-8; ПК-9;ПК-10;
14. О разгаре рахита может свидетельствовать все, кроме:
1. анемия
 2. краниотабес
 3. остеоидная гиперплазия
 4. гепатоспленомегалия
 5. нормальный мышечный тонус ОПК-1; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6
15. Вы планируете провести ребенку, получавшему профилактическую дозу витамина Д, УФО. Каковы ваши действия?

1. Отменить витамин Д и назначить УФО
2. Отменить витамин Д за 2 нед. до начала УФО
3. Назначить УФО, не отменяя витамина Д
4. Назначить витамины А, Е и провести УФО
5. Все перечисленные действия верны. ПК-1;ПК-2;ПК-14

16. Постнатальную профилактику рахита доношенному ребенку следует назначить с:

1. 2 нед.
2. 3-4 нед.
3. 1 мес.
4. 1,5 мес.
5. с рождения. ПК-1;ПК-2;ПК-14

17. Ежедневная доза витамина Д при начальном периоде рахита должна составлять:

1. 500 МЕ
 2. 1000МЕ
 3. 2000МЕ
 4. 2500МЕ
 5. 5000МЕ
- ОПК-8; ПК-8; ПК-9;ПК-10;

18. Для I степени тяжести гипервитаминоза Д характерно:

1. отсутствие токсикоза
2. умеренный токсикоз
3. снижение аппетита
4. рвота
5. слабоположительная проба Сулковича
6. резкоположительная проба Сулковича
7. задержка нарастания массы тела
8. падение массы тела ОПК-1; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5; ПК-6

19. В лечении острого гипервитаминоза Д используют препараты:

1. фенобарбитал
 2. токоферол
 3. преднизолон
 4. ЭДТА
 5. все перечисленное
- ОПК-8; ПК-8; ПК-9;ПК-10;

20. У ребенка, получающего лечебную дозу витамина Д, контрольная проба Сулковича+++ . Ваши действия:

1. Снизить дозу витамина Д
2. Снизить дозу витамина Д и отменить цитратную смесь
3. Отменить витамин Д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
4. Продолжить лечение витамином Д и повторить пробу.
5. Перевести ребенка на профилактическую дозу витамина Д

Контрольная работа

Билет 1

1. Роль витамина Д и его метаболитов в регуляции кальций - фосфорного обмена в организме.
2. Факторы предрасполагающие к развитию рахита; со стороны матери и со стороны ребенка.
4. Роль ПТГ гормона и кальцитонина в регуляции Р, Са обмена.

Билет 2

1. Биологическая роль витамина Д, как гормональное соединение.

2. Клиническая характеристика различных периодов заболевания.
8. Диагностика рахита. Проба Сулковича, его интерпритация.

Тема 4. Железо-дефицитные анемии.

ВАРИАНТ-1

1. Уровень гемоглобина у здорового ребенка первого года жизни не должен быть ниже:
 1. 80-90 г/л
 2. 110 г/л
 3. 120 г/л
 4. 130 г/лПК-5.

2. Какая из кроветворных клеток является «родоначальной»:
 1. Миелобласт
 2. Промоноцит
 3. Ретикулоцит
 4. Метамиелоцит ОПК-9; ПК-5

3. Количество ретикулоцитов у детей.(кроме периода новорожденности):
 1. 3-5 ‰
 2. 5-12‰
 3. 10-15‰
 4. 15-30‰ ОПК-9; ПК-5

4. Какой показатель не является диагностическим для железодефицитной анемии:
 5. Снижение эритроцитов и гемоглобина
 6. Снижение сывороточного железа
 7. Цветовой показатель ниже 1
 8. Увеличение билирубина ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

5. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода:
 5. Первый триместр беременности
 6. Третий триместр беременности
 7. Второй триместр беременности
 8. На протяжении беременности ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

6. Какой фактор не является причиной развития железодефицитной анемии:
 5. Алиментарный
 6. Синдром мальабсорбции
 7. Инфекционные заболевания
 8. Аплазия костного мозга ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

7. Какой эндогенный фактор не относится к причинам дефицита железа:
 5. Нарушение всасывания в тонком кишечнике
 6. Дисбиоз кишечника
 7. Снижение секреторной функции желудка
 8. Гипопротеинемия ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

8. В каком из продуктов питания наиболее высокое содержания железа?
 5. Мясо
 6. Картофель
 7. Яйца
 8. Ягоды ПК-1

9. Какой из указанных симптомов не является признаком сидеропении?

1. Увеличение печени
2. Трофические изменения кожи, ногтей
3. Извращение вкуса
4. Мышечная слабость ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

10. Какой из препаратов является основным при лечении железодефицитной анемии?

5. Витамины группы «В»
6. Препараты железа
7. Аскорбиновая кислота
8. Препараты меди ПК-8; ПК-9; ПК-10.

11. Нижняя граница концентрации гемоглобина (Hb) и число лейкоцитов у детей в возрасте от 4 месяцев до 4 лет 11 месяцев составляют:

а) Hb ≥ 110 г/л; б) Hb ≥ 120 г/л; в) Hb ≥ 130 г/л; г) лейкоц. = $4-5 \times 10^9$ /л; д) лейкоц. = $6-10 \times 10^9$ /л; е) лейкоц. = $12-15 \times 10^9$ /л

1. а, г;
2. а, д;
3. а, е;
4. б, г;
5. б, д;
6. б, е;
7. в, г;
8. в, д;
9. в, е. ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

12. Причинами развития железодефицитной анемии у детей являются:

а) интенсивный рост в период раннего детства и пубертатного спурта; б) недоношенность; в) потребление цельного молока на первом году жизни; г) частые инфекционные заболевания; д) алиментарный недостаток железа вследствие низкого материального достатка семьи; е) повышенные менструальные потери у девочек-подростков; ж) гиперфункция щитовидной железы; з) интенсивные занятия спортом

1. а, в, д, ж
2. а, д, е, з
3. а, б, в, д, е, з
4. а, б, д, е.
5. а, б, д, ж ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

13. Железодефицитная анемия по своим гематологическим характеристикам: а) гипохромная; б) микроцитарная; в) гипорегенераторная; г) гиперхромная; д) макроцитарная; е) гиперрегенераторная; ж) нормохромная; з) норморегенераторная; и) гемолитическая; к) врожденная

1. а, б, и, к.
2. б, в, г.
3. а, б, з.
4. г, д, е, и.
5. в, д, к ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

14. У юношей старше 12 лет нижняя граница концентрации гемоглобина (Hb) и число лейкоцитов составляют: а) Hb ≥ 110 г/л; б) Hb ≥ 120 г/л; в) Hb ≥ 130 г/л; г) лейкоц. = $4-5 \times 10^9$ /л; д) лейкоц. = $6-10 \times 10^9$ /л; е) лейкоц. = $12-15 \times 10^9$ /л

1. а, г;
2. а, д;
3. а, е;
4. б, г;
5. б, д;
6. б, е;
7. в, г;

8. в, д;
9. в, е ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

15. Нижняя граница концентрации гемоглобина (Hb) и число лейкоцитов у детей в возрасте от 5 лет до 11 лет 11 месяцев составляют: а) Hb ≥ 110 г/л; б) Hb ≥ 120 г/л; в) Hb ≥ 130 г/л; г) лейкоц. = $4-5 \times 10^9$ /л; д) лейкоц. = $6-10 \times 10^9$ /л; е) лейкоц. = $12-15 \times 10^9$ /л

1. а, г;
2. а, д;
3. а, е;
4. б, г;
5. б, д;
6. б, е;
7. в, г;
8. в, д;
9. в, е ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

Тема 4. Железо-дефицитные анемии.

ВАРИАНТ-2

1. Количество лейкоцитов ($\times 10^9$ /л) у здоровых детей после 1 года составляет:

1. 5 – 6;
2. 6 – 10;
3. 11 – 15;
4. 16 – 20 ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

2. Количество тромбоцитов ($\times 10^9$ /л) у детей старше 1 месяца составляет:

1. 50 – 100;
2. 50 – 200;
3. 100 – 300;
4. 150 – 300 ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

3. При железодефицитной анемии не выявляется снижение:

1) процента насыщения трансферрина; 2) уровня сывороточного железа; 3) уровня ферритина в сыворотке; 4) концентрации гемоглобина в эритроците; 5) железосвязывающей способности сыворотки крови. ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

4. В первые часы жизни колебания концентрации Hb (г/л) и содержания эритроцитов ($\times 10^{12}$ /л) у доношенного ребенка составляют: а) Hb=140—160; б) Hb=170—180; в) Hb=190—240; г) Hb=220—290; г) эритроц.=4,5—5,0; д) эритроц.=5,0—5,5; е) 5,5—6,7; ж) эритроц.=6,8—7,8

1. а, г
2. б, д
3. в, е
4. г, ж
5. в, д ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

5. Средняя целевая концентрация Hb (г/л) у детей в возрасте от 5 до 12 лет составляет: а) 110-115; б) 115-120; в) 120-130; г) 120-140; д) у мальчиков выше, чем у девочек; е) у девочек выше, чем у мальчиков; ж) не зависит от пола

1. а, д
2. а, е
3. б, д
4. в, ж
5. б, ж ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

6. Снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов у новорожденных обусловлено:

1. укорочением длительности жизни эритроцитов
 2. синдромом гемоконцентрации ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
 3. уменьшением продукции эритропоэтина
 4. дефицитом печеночной глюкуронилтрансферазы
7. Уровень гемоглобина (г/л) сразу после рождения у ребенка составляет:
1. 100-140
 2. 120-140
 3. 160-180
 4. 180-240 ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
8. У детей в возрасте старше 1 года уровень гемоглобина (г/л) составляет:
1. 100-140
 2. 110-130
 3. 120-140
 4. 160-180 ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
9. Доношенный ребенок в первые 2 месяца жизни в коррекции препаратами железа с целью профилактики анемии:
1. нуждается
 2. не нуждается ПК-1;ПК-2
10. Заместительную терапию эритроцитарной массой доношенному новорожденному при анемии проводят при показателях гемоглобина:
1. 170-140 г/л
 2. 140-100 г/л
 3. ниже 100 г/л
 4. ниже 70 г/л ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
11. У ребенка с анемией не применяется препарат:
1. пенициллин,
 2. левомецитин,
 3. циклор,
 4. макропен,
 5. амоксиклав. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
12. У ребенка со средне тяжелой анемией лечебная доза элементарного железа солевых препаратов на 1кг/массы тела в сутки составляет:
1. 1-2 мг
 2. 3-5 мг
 3. 5-8 мг ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
13. Какие симптомы характерны для железодефицитной анемии:
1. Извращение аппетита;
 2. отставание в физическом развитии;
 3. Изменение окраски кожных покровов;
 4. Ломкость ногтей;
 5. Отставание в нервно - психическом развитии.
 5. Все перечисленные ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
14. При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляются:
1. шизоцитоз ОПК-9; ПК-5; ПК-6

2. анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
3. сфероцитоз
4. пойкилоцитоз
5. мишеневидные эритроциты

15. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются:

1. алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)
2. синдром мальабсорбции
3. инфекционные заболевания
4. аплазия костного мозга
5. повышенная потребность организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды
6. ювенильные маточные кровотечения у девочек

ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

Контрольная работа

Билет №1

1. Понятие анемии, клинические формы анемии.
2. Особенности распространения ЖДА в детском возрасте и формирования групп риска развития ЖДА у детей.
3. Причины возникновения ЖДА у детей в различных возрастных группах и подростков.

Билет №2

1. Основные патогенетические механизмы возникновения железодефицитных состояний у детей
2. Железодефицитная анемия, основные клинические синдромы- «Эпителиальный», астеноневротический, сердечно-сосудистый, гепатолиенальный синдром, снижение местной иммунологической защиты.
3. Лабораторные методы оценки ЖДА у детей.

ВПС

ВАРИАНТ-1

1. К врожденным порокам сердца «белого» типа относятся все, кроме:

5. ДМПП
6. ДМЖП
7. Тетрада Фалло
8. ОАП

ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

2. Для тетрады Фалло в фазу первичной адаптации типичны осложнения все, кроме:

6. одышечно-цианотические приступы
7. частые бронхолегочные заболевания
8. полицитемия
9. релятивная анемия
10. отставание в психомоторном развитии

3. При каком пороке отмечается «машинный» грубый систолодиастолический шум?

4. Открытый артериальный проток
5. Тетрада Фалло

6. ДМЖП ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
4. При полной транспозиции магистральных сосудов в периоде новорожденности операция:
 3. показана
 4. не показана ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
5. Какой из ниже перечисленных симптомов указывает на острую левожелудочковую недостаточность?
 1. высокое систолическое давление;
 2. увеличение и резкая болезненность печени;
 3. кашель с выделением пенистой мокроты;
 4. симптом «часовых стёкол». ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
6. Перечислите рентгенологические признаки ИСЛА:
 1. увеличение правых отделов сердца
 2. увеличение легочной артерии (постстенотическое расширение)
 3. обеднение легочного сосудистого рисунка.
 4. Все перечисленное ОПК-7; ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
7. Общий артериальный ствол включает следующие анатомические признаки:
 6. атрезия легочной артерии
 7. ДМЖП
 8. транспозиция аорты
 9. гипертрофия правого желудочка
 10. все выше перечисленное ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
8. Перечислите гемодинамические признаки ДМПП:
 6. сброс крови слева направо. ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
 7. увеличивается кровотока через трехстворчатый клапан и клапан легочной артерии, гиперволемии в малом круге кровообращения,
 8. перегрузке и дилатации правого предсердия, а затем и правого желудочка.
 9. обеднение кровотока в малом круге кровообращения
 10. перегрузке и дилатации левых отделов сердца
9. Перечислите фазы течения ВПС:
10. При сердечной недостаточности возможно:
 1. снижение тонуса периферических сосудов ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
 2. снижение сократительной способности миокарда
 3. повышение сократительной способности миокарда
11. Дифференциальная диагностика при ОАП проводится с:
 1. ФСШ
 2. дефектом аортолегочной перегородки
 3. легочной артериовенозной фистулой
 4. всем вышеперечисленным ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
12. Перечислите ЭКГ признаки, свидетельствующие о передозировке сердечными гликозидами:
 1. расширение QRS ОПК-7; ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
 2. тахикардия
 3. корытообразное смещение ST
 4. смещение зубца Т выше изолинии
13. Необходимый объем исследований при подозрении на врожденный порок сердца включает:
 1. ОАК

2. ОАМ
3. ЭКГ
4. ЭХО-КГ ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
5. холтеровское мониторирование

14. Для открытого артериального протока типичны все признаки, кроме:

1. частые бронхолегочные заболевания
2. усиление 1 тона на верхушке сердца
3. усиление и расщепление 2 тона на легочной артерии
4. систолодиастолический шум с эпицентром во 2-м м/р слева
5. расширение границ сердца ОПК-9; ПК-5; ПК-6

15. Укажите ведущий симптом коарктации аорты:

1. астеническая конституция
2. синусовая тахикардия
3. акцент 2 тона на легочной артерии
4. артериальная гипертензия ОПК-9; ПК-5; ПК-6

ВПС

ВАРИАНТ-2

1. Перечислите Rg признаки стеноза аорты:

1. размеры сердца увеличены влево, талия резко выражена,
2. верхушка приподнята и закруглена.
3. восходящая аорта расширена. ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
4. кардиомегалия и увеличение размеров левых отделов сердца,
5. застойный сосудистый рисунок легких.

2. При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум:

6. систолический во 2- м/р слева
7. систолодиастолический во 2-м м/р слева
8. систолический во 2-м м/р справа
9. диастолический во 2-м м/р слева
10. II тон на ЛА усилен. ОПК-9; ПК-5; ПК-6

3. К врожденным порокам сердца “синего” типа относятся все, кроме:

1. транспозиция магистральных сосудов
2. тетрада Фалло
3. изолированный стеноз легочной артерии
4. болезнь Эбштейна ОПК-9; ПК-5; ПК-6

4. При каком врожденном пороке сердца отмечается высокое АД на руках и низкое на ногах?

1. коарктация аорты
2. ДМПП
3. ДМЖП
4. ИСЛА ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6

5. Тетрада Фалло включает аномалии развития, кроме:

1. стеноз аорты
2. ДМЖП
3. декстрапозиция аорты
4. стеноз легочной аорты
5. гипертрофия правого желудочка ОПК-9; ПК-5; ПК-6

6. В понятие синдрома Эйзенменгера входят:

1. субаортальная локализация ДМЖП
2. мышечная локализация ДМЖП
3. дилатация ствола легочной артерии
4. понижение давления в МКК
6. повышение давления в МКК ОПК-9;ПК-5;ПК-6

7. Перечислите рентгенологические признаки ОАП

1. кардиомегалия и увеличение размеров левых отделов сердца,
2. застойный сосудистый рисунок легких.
3. дуга ЛА выбухает.
4. расширение восходящей части дуги аорты.
5. усиление сосудистого рисунка легких.
6. увеличение правых отделов сердца. ОПК-7; ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

8. Тетрада Фалло включает:

1. стеноз легочной артерии
2. ДМЖП
3. ДМПП
4. транспозиция аорты вправо
5. гипертрофия правого желудочка
7. гипертрофия левого желудочка ОПК-9;ПК-5;ПК-6

9. Фаза развития легочной гипертензии, при котором имеется несоответствие сосудистого русла объему протекающей крови, но не возникает спазм артериол называется как?

1. Гиперводемическая фаза
2. Гиповодемическая фаза
ОПК-9;ПК-5;ПК-6

10. Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют:

1. периферические вазодилататоры
2. диуретики
3. ингибиторы АПФ
4. сердечные гликозиды
5. все выше перечисленное ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

11. Дифференциальная диагностика стеноза аорты проводится с:

1. приобретенными стенозом аортального клапана
2. ИСЛА
3. ДМЖП
4. коарктацией аорты.
5. идиопатической субаортальной гипертрофической кардиомиопатией,
6. всем выше перечисленным
ОПК-9;ПК-5;ПК-6

12. Дифференциальная диагностика Болезни Эбштейна проводится с:

1. триадой Фалло
2. ИСЛА
3. ДМПП
4. всем выше перечисленным ОПК-9;ПК-5;ПК-6

13. Решите вопрос об иммунопрофилактике ребенка с ДМПП в фазе относительной компенсации:

1. освободить от прививок
 2. проводить прививки по общим правилам
 3. по индивидуальному графику
 4. по эпидпоказаниям ПК-1;ПК-2
14. При дефекте межжелудочковой перегородки наиболее характерна топка шума:
1. на верхушке
 2. во 2-м м/р слева
 3. во 2-м м/р справа
 4. в 3-4-м м/р слева у грудины
ОПК-9;ПК-5;ПК-6
15. Ослабление пульса на бедренных артериях характерно для ВПС:
1. коарктация аорты
 2. ДМПП
 3. ДМЖП
 4. ИСЛА ОПК-7; ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
16. Для тетрады Фалло характерным клиническим признаком является:
1. усиление 2 тона над легочной артерией
 2. ослабление 2 тона над легочной артерией
 3. хрипы в легких
 4. увеличение размеров печени ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
17. Для IIa стадии сердечной недостаточности характерны:
1. одышка и тахикардия при физической нагрузке
 2. одышка и тахикардия в покое
 3. затруднение при кормлении грудью
 4. признаки венозного застоя ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
18. Для ВПС типичны все признаки, кроме:
1. одышка с рождения инспираторного характера
 2. нормальная масса ребенка про рождении
 3. малая прибавка массы ребенка на первом году жизни
 4. стойкий систолический шум в сердце
 5. склонность к респираторным заболеваниям ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
19. Перечислите рентгенологические признаки ДМЖП:
1. усиление сосудистого рисунка легких. ОПК-7; ОПК-9;ПК-5; ПК-6;
 2. увеличение размеров сердца, с преобладанием левых отделов.
 3. ЛА чаще увеличена,
 4. аорта в восходящем отделе гипоплазирована.
 5. увеличение правых отделов сердца
 6. обеднение легочного сосудистого рисунка.
20. Как называется фаза развития легочной гипертензии, при которой вследствие гиперволемии и спазма легочных сосудов происходят склеротические изменения в сосудах легких?
1. Гиперволемическая фаза
 2. Склеротическая фаза
 3. Спатическая фаза ОПК-9;ПК-5; ПК-6;

Контрольная работа

Билет №1

1. Эмбриология и анатомо-физиологические особенности сердца у детей.
2. Частота встречаемости различных пороков сердца у детей.
3. Этиология, особенности течения различных форм ВПС у детей.

Билет №2

1. Лабораторная и инструментальная диагностика ВПС.
2. Классификация ВПС. С учетом анатомических особенностей и гемодинамических нарушений.
3. Клинические фазы течения ВПС у детей. 1 фаза первичной адаптации, 2 фаза относительной компенсации и 3 фаза - терминальная (декомпенсации.)

ГИПОТРОФИЯ:

ВАРИАНТ-1

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

1. 1 – 2 дня ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
2. 3 – 7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней

2. К экзогенным причинам гипотрофий относятся:

1. алиментарные факторы
2. несвоевременная вакцинопрофилактика
3. сахарный диабет у матери
4. инфекционные заболевания
5. Анорексия ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

3. К экзогенным причинам гипотрофии относятся все кроме:

1. алиментарные
2. врожденных пороков развития *
3. инфекционные
4. токсичные ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

4. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

1. 5-8%
2. 5-15%
3. 10-20%
4. 20-30% ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

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

1. 1-2 дня ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
2. 3-7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней

6. Дефицит массы тела при III степени постнатальной гипотрофии составляет:

1. 5 – 8 %

2. 5 – 15 %
3. 10 – 20 %
4. 20 – 30 %
5. более 30 % ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

7. Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет:

1. 2/3 от нормы
2. 1/2 от нормы
3. 1/3 от нормы ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

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

1. 2/3 от нормы ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
2. 1/2 от нормы
3. 1/3 от нормы

9. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет:

1. 2/3 от нормы
2. 1/2 от нормы
3. 1/3 от нормы ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.

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

1. 1 – 2 дня ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
2. 3 – 7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней

12. Дефицит массы тела более 10% у детей до 2-х лет называется:

1. гипотрофия
2. паратрофия
3. упадок питания
4. гипостатура ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

13. Какой фактор не является ведущим в лечении гипотрофии:

1. устранение причины;
2. организация оптимальных внешних условий среды;
3. диетотерапия, ферментно-витаминовая терапия;
4. иммунокоррекция. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.

14. Оценка эффективности терапии гипотрофии включает:

1. характер стула;
2. ежедневную прибавку в массе;
3. отсутствие рвоты;
4. все перечисленные. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.

15. К экзогенным причинам гипотрофий относятся:

1. количественный недокорм
2. несвоевременная вакцинопрофилактика
3. качественный недокорм
4. инфекционные заболевания
5. анорексия ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

16. Гипотрофия II степени ставится при дефиците массы тела:

1. 5 – 8 %
2. 5 – 15 %
3. 10 – 20 %
4. 20 – 30 %
5. более 30 % ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

17. При гипотрофии I степени расчет белков, жиров и углеводов проводится на:

1. фактический вес
2. приблизительно долженствующий вес
3. долженствующий вес
4. средний вес ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;

18. Отсутствие подкожно-жирового слоя на животе и бедрах при сохранении его на лице отмечается при гипотрофии:

1. I степени
2. II степени
3. III степени ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

19. При гипотрофии I степени отмечается истончение подкожно-жирового слоя на:

1. животе
2. животе и бедрах
3. бедрах
4. лице ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

20. При установлении тяжести гипотрофии учитывают:

1. дефицит массы тела
2. дефицит длины тела
3. состояние толерантности
4. наличия признаков полигиповитаминоза
5. состояние резистентности
6. все вышеперечисленное ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

ГИПОТРОФИЯ: ВАРИАНТ-2

1. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить всё, кроме:

1. алиментарные факторы
2. инфекционные заболевания
3. дефекты ухода
4. железодефицитная анемия ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

2. При гипотрофии III степени расчет жиров проводится:

1. на долженствующий вес ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
2. на приблизительно долженствующий вес
3. на фактический вес
4. на средний вес

3. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии 3 степени составляет

1. 1-2 дня ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
2. 3-7 дней
3. 10 дней
4. до 14 дней

4. При гипотрофии II степени расчет жиров производится на:

1. долженствующий вес ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
2. приблизительно долженствующий вес
3. фактический вес
4. средний вес

5. Анаболические гормоны при гипотрофии показаны:

1. при любой степени тяжести
2. при II степени
3. при III степени ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
4. при II степени, осложненной пневмонией

6. При гипотрофии III степени отмечается истощение подкожно-жирового слоя:

1. только на животе
2. на животе и бедрах
3. на животе, бедрах и лице ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

7. Авитаминоз, ведущими клиническими симптомами которого являются ксероз, кератомалация, гемералопия

1. Авитаминоз Д
2. Авитаминоз А
3. Авитаминоз С ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

8. Белки при гипотрофии I степени рассчитываются на:

1. фактическую массу ребенка
2. долженствующую массу ребенка
3. приблизительно долженствующую массу ребенка ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.

9. При гипотрофии коррекция белков проводится:

1. сахарным сиропом
2. творогом ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
3. растительным маслом

10. К паратрофии относятся состояния с:

1. дефицитом массы более 10 %
2. избытком массы от 5 до 10 %
3. избытком массы более 10% ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. избытком массы и роста более 10 %

11. Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:

1. паратрофия ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. гипотрофия
3. гипостатура

12. Ферментативные препараты и анаболические гормоны показаны при лечении гипотрофии:

1. не показаны
2. I степени
3. II степени
4. III степени ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.

13. Основной причиной угнетения иммунологической реактивности при гипотрофии является нарушение обмена:

1. Белков ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. жиров
3. углеводов

14. Гипотрофию вызывает следующий эндогенный фактор:

1. алиментарные
2. дефект ухода и режима
3. инфекционные
4. синдром мальабсорбции ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

15. В классификации хронических расстройств питания учитывается:

1. тип дистрофии и этиология
2. степень тяжести
3. период возникновения
4. все выше перечисленное ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

16. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

1. алиментарные факторы
2. инфекционные заболевания
3. несвоевременная вакцинопрофилактика
4. генетическая предрасположенность
5. сахарный диабет у матери
6. железодефицитная анемия ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

17. Истончение подкожно-жирового слоя в первую очередь происходит на:

1. животе
2. спине
3. лице ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

18. Возможной причиной развития гипостатуры могут служить:

1. врожденные пороки сердца
2. бронхолегочная дисплазия
3. энцефалопатия
4. эндокринная патология
5. все вышеперечисленное ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

19. Гипотрофия считается первичной при

1. эндогенных причинах её развития
2. экзогенных ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

20. Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет:

1. 2/3 от нормы ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
2. 1/2 от нормы
3. 1/3 от нормы

Контрольная работа

Билет №1

1. Патогенетические механизмы в развитии хронических расстройств питания.
2. Этиологические аспекты врожденных и приобретенных форм гипотрофии у детей.
3. Диагностические критерии врожденных приобретенных гипотрофии у детей.

Билет №2

1. Дифференциальный диагноз гипотрофии с другими заболеваниями.
2. Общие принципы лечения гипотрофии, диетотерапия, этапность при терапии.
3. Этиологические факторы в развитии паратрофии.

Функциональные нарушения пищеварительного тракта.

1. Для новорожденного ребенка с синдромом рвоты и срыгивания показаны следующие смеси:
 1. Фрисовом, Нутрилон-антирефлюкс, Лемолак;
 2. Хумана, Алсой, Портаген;
 3. Алфаре, Нутрилон Пепти ТСУ, Нутрамиген;
 4. Нан кисломолочный, Семпер-бифидус, Нутрилон-Омнео;
 5. Афенилак, Лофенилак, Хумана ГА. ОПК-8;ПК-1;ПК-2;ПК-8;ПК-9;ПК-10
2. Для ликвидации у новорожденного ребенка метеоризма и связанных с ним кишечных колик показано назначение следующих средств, кроме:
 1. отвара ромашки;
 2. эспумизана;
 3. сернокислой магнезии;
 4. сухого тепла на живот
 5. постановки газоотводной трубки. ОПК-8;ПК-1;ПК-2;ПК-8;ПК-9;ПК-10
3. Причиной срыгивания у грудных детей является
 1. незрелость эзофагокардиального отдела пищевода,
 2. высокий тонус в пилорическом отделе,
 3. высокое внутрибрюшное давление,
 4. непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера,
 5. все перечисленное ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. Наличие изжоги свидетельствует о:
 1. забросе желудочного содержимого в пищевод,
 2. повышении кислотности желудочного содержимого,
 3. диафрагмальной грыже,
 4. язвенной болезни ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. Для халазии характерен следующий симптом.
 1. боли в правом подреберье,
 2. запоры,
 3. боли натошак в эпигастрии,
 4. рецидивирующая рвота ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. Для выявления халазии необходимо провести.
 1. холецистографию,
 2. копрологическое исследование,
 3. рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой,
 4. ирригоскопию,
 5. колоноскопию ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

7. Ахалазия сопровождается

1. рвотой,
2. рвотой с примесью желчи,
3. срыгиваниями через час после еды,
4. рвотой непереваренной пищей,
5. изжогой ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

8. Функциональными особенностями желудка детей школьного возраста являются: а) высокая кислотность желудка (рН ниже 2); б) низкая кислотность желудка (рН выше 4); в) высокая протеолитическая активность; г) низкая протеолитическая активность; д) высокая липолитическая активнгость

1. а, в, д
2. б, в
3. б, г, д
4. а, г, д
5. а, в ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

9. В соответствии с Бристольской шкалой формы кала, выделяют следующие типы стула: а) 1 тип – отдельные твердые комки (труднопроходящий); б) 2 тип – колбасовидный, но комковатый; в) 3 тип – колбасовидный, но с трещинами на поверхности; г) 4 тип – колбасовидный, гладкий и мягкий; д) 5 тип – мягкие комочки с мягкими краями; е) б тип – пушистые рваные комочки, пористый кал; ж) 7 тип – водянистый, без твердых кусочков; з) все перечисленные

1. а, в, д, ж
2. а, б, в, г
3. а, в, д, е
4. а, б, в, д, ж
5. з ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

10. У здоровых детей печень может выступать из-под края реберной дуги по средне-ключичной линии до:

1. 3-5 лет
2. 5-7 лет
3. 7-9 лет
4. 9-11 лет. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

11. В какие сроки после рождения появляется рвота при пилоростенозе:

1. На 2 сутки
2. На 2-3 неделе
3. Сроки не имеют значения
4. Через 40 дней. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

12. Какой симптом не характерен для пилоростеноза:

1. Рвота фонтаном
2. Потеря в массе с первых дней жизни
3. Синдром «песочных часов»
4. Потеря в массе с 3-4 –недельного возраста ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

13. Дуоденогастральный рефлюкс может способствовать развитию:

1. Дисфункции желчного пузыря
2. Холецистита
3. Эрозивного гастрита
4. Эзофагита ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

14. При выраженных срыгивания и рвотах у ребенка раннего возраста нередко наблюдается

1. фарингит,
2. аспирационная пневмония,
3. трахеобронхит,
4. стоматит,
5. все перечисленное ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

15. Базисная терапия ахалазии кардии включает в себя все, кроме

1. пневмокардиодилатации,
2. устранения гипермоторной дискинезии грудного отдела пищевода антагонистами ионов кальция, нитратами,
3. лечения сопутствующего эзофагита,
4. назначения прокинетиков ОПК-8; ПК-8;ПК-9;ПК-10

Контрольная работа

Билет №1

1. Основные звенья участвующих в регуляции функций ЖКТ у детей.
2. Нарушение моторной и чувствительной функции кишечника у детей.
3. Особенности регуляции функций ЖКТ у новорожденных.

Билет №2

1. Современная классификация нарушений функций ЖКТ у детей.
2. Тактика ведения отдельных форм функциональных нарушений.
3. Принципы терапии нарушений функций ЖКТ у детей.

МОДУЛЬ-2

Острый бронхит. ВАРИАНТ-1

1. Частота дыхания у новорожденного ребенка в 1 мин.
 1. 40-60
 2. 60-70
 3. 35-40
 4. 20-30 ОПК-7; ПК-5;ПК-6;
2. Частота дыхания у ребенка 10 лет (в 1 мин.):
 1. 18-20
 2. 20-25
 3. 16-18
 4. 25-30 ОПК-7; ПК-5;ПК-6;
3. Когда выслушивается пуэрильное дыхание у детей в норме?
 1. от 0 до 6 мес.
 2. от 6 мес. До 6 лет
 3. от 6 лет до 7 лет
 4. старше 7 лет ОПК-7; ПК-5;ПК-6;
4. Когда выслушивается ослабленное физиологическое дыхание?
 1. до 6 мес.
 2. от 1,5 лет до 2 лет
 3. от 1,5 лет до 5 лет
 4. старше 5 лет ОПК-7; ПК-5;ПК-6;
5. Количество долей в левом легком:
 1. 1
 2. 2
 3. 4
 4. 3 ОПК-7; ПК-5;ПК-6;
6. Количество сегментов в правом легком:
 1. 7
 2. 8
 3. 9
 4. 10 ОПК-7; ПК-5;ПК-6;
7. В правом легком перкуторно определяется спереди:

1. верхняя и нижняя доли
 2. верхняя и средняя доли
 3. средняя и нижняя доли
 4. средняя доля ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
8. Амфорическое дыхание выслушивается при:
1. ателектазе
 2. сухом плеврите
 3. каверне
 4. бронхопневмонии ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
9. «Бедренная» тупость перкуторного тона определяется при:
1. бронхите
 2. бронхопневмонии
 3. сухом плеврите
 4. пиотораксе ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
10. Аускультативно определяемое над легкими дыхание с преобладанием выдоха над вдохом называется:
1. везикулярным
 2. пуэрильным
 3. амфорическим
 4. бронхиальным ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
11. Периодическое дыхание, характеризующееся постепенным нарастанием глубины во время каждого вдоха до максимума, а за тем убыванием амплитуды дыхательных движений до минимума с переходом в апное, называется:
1. биота
 2. брадипное
 3. Чейн-Стокса
 4. Кассмауля ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
12. Транссудат характеризуют нижеперечисленные признаки, кроме:
1. отрицательной пробы Ривальты
 2. единичных элементов в цитограмме
 3. высокого удельного веса, цитоза
 4. удельного веса ниже 1015 ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
13. К механизмам нарушения дренажной функции:
1. бронхоспазм
 2. отек
 3. дискриния и дискинезия
 4. все перечисленные ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
14. При аускультации детей раннего возраста выслушивается следующий тип дыхания:
1. везикулярное
 2. пуэрильное
 3. жесткое
 4. бронхиальное
 5. ослабленное ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
15. Анатомо-физиологическими особенностями грудной клетки у детей раннего возраста являются:
1. горизонтальное расположение ребер
 2. экспираторное расположение ребер
 3. широкая плевральная щель
 4. низкое стояние диафрагмы
 5. слабое сокращение диафрагмы ОПК-7; ПК-5; ПК-6;
16. Неустойчивый ритм дыхания у детей раннего возраста обусловлен: а) чередованием глубоких вдохов с поверхностными; б) неравномерностью пауз между вдохом и выдохом; в)

кратковременными (5-7 секунд) апноэ во сне; г) длительными (свыше 20 секунд) апноэ во сне; д) лабильностью дыхательного ритма при нагрузке

1. б, г, д
2. а, б, г, д
3. а, б, в, д
4. а, в, д ОПК-7; ПК-5; ПК-6;

17. Частота дыхания (ЧД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) в 1 минуту у доношенных новорожденных в первые недели жизни составляет: а) ЧД=50—60; б) ЧСС=110—120; в) ЧД=40—50; г) ЧСС=120—130; д) ЧД=30—40; е) ЧСС=130—140; ж) ЧД=20—30; з) ЧСС=140—150

1. а, б
2. в, г
3. в, з
4. д, е
5. ж, з ОПК-7; ПК-5; ПК-6;

18. Неустойчивый ритм дыхания у детей раннего возраста обусловлен: а) чередованием глубоких вдохов с поверхностными; б) неравномерностью пауз между вдохом и выдохом; в) кратковременными (5-7 секунд) апноэ во сне; г) длительными (свыше 20 секунд) апноэ во сне; д) лабильностью дыхательного ритма при нагрузке

1. б, г, д
2. а, б, г, д
3. а, б, в, д
4. а, в, д ОПК-7; ПК-5; ПК-6;

19. У детей пуэрильное дыхание выслушивается в возрасте:

1. с рождения до 4 лет
2. с 6 мес. до 5-7 лет
3. с 1 года до 8 лет
4. с 6 мес. до 12 лет ОПК-7; ПК-5; ПК-6;

20. У годовалого ребенка частота дыханий составляет:

1. 20-25 в 1 мин.
2. 30-35 в 1 мин.
3. 40-45 в 1 мин.

50-55 в 1 мин. ОПК-7; ПК-5; ПК-6;

ВАРИАНТ – 2

1. Объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV₁), форсированная емкость (FCV) и максимальная скорость выдоха (PEF) у детей в возрасте старше 5 лет позволяют оценить:

1. степень алергизации организма;
2. степень выраженности инфекционного процесса;
3. состояние иммунной системы организма;
4. степень бронхиальной обструкции;
5. особенности иммунитета. ОПК-7; ПК-5; ПК-6;

2. Не обладает муколитическим эффектом:

1. мукоальдегид;
2. амброксол;
3. бромгексин;
4. либексин;
5. амбробене. ОПК-8; ПК-8; ПК-9; ПК-10.

3. Какой из перечисленных возбудителей вызывает обструктивный бронхит у детей первого года жизни:

1. парагрипп
 2. риновирусы
 3. микоплазма
 4. риносинцитиальный вирус ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
4. Для лечения острого (простого) бронхита в первую очередь будут назначены: а) нестероидные противовоспалительные средства; б) макролидные антибиотики с доказанной активностью против грамположительных кокков и внутриклеточных возбудителей; в) топические антимикробные препараты; г) противокашлевые препараты; д) муколитические средства; е) симптоматические средства местного действия.
1. а, в, е
 2. б, в, г, д
 3. в, д, е
 4. г, д, е ОПК-8; ПК-8; ПК-9; ПК-10.
5. Какие физические изменения характерны для острого простого бронхита?
1. ослабленное дыхание
 2. локализованные мелкопузырчатые хрипы
 3. диффузные мелкопузырчатые хрипы ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
 4. рассеянные крупно и среднепузырчатые влажные и сухие хрипы
6. Информативные критерии бронхиолита следующие, за исключением:
1. экспираторная одышка более 40 в 1 мин, с участием вспомогательной мускулатуры
 2. свистящий шум на выдохе ОПК-9; ПК-5; ПК-6.
 3. диффузные мелкопузырчатые хрипы
 4. мелкие очаги инфильтрации с обеих сторон на Р-грамме.
7. Показаниями к назначению антибиотиков при бронхиолите являются все приведенные состояния, кроме:
1. температура более 38,5-39 С ОПК-8; ПК-8; ПК-9; ПК-10.
 2. асимметрия физикальных данных
 3. нейтрофильный лейкоцитоз крови
 4. признаки дыхательной недостаточности
8. Какой из перечисленных симптомов характерен для обструктивного бронхита?
1. инспираторная одышка
 2. односторонние мелкопузырчатые влажные хрипы
 3. экспираторная одышка
 4. укорочение перкуторного тона ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
9. Обструктивный бронхит необходимо дифференцировать с
1. бронхиальной астмой
 2. бронхопневмонией
 3. сердечной недостаточностью
 4. всем перечисленным ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
10. Какой признак не наблюдается при рецидивирующем бронхите:
1. обострения 1-3 раза в год
 2. отсутствие обструкции дыхательных путей
 3. обструкция дыхательных путей
 4. затяжной характер обострений ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
11. При рецидивирующем бронхите наблюдается все нижеперечисленное, кроме:
1. частота обострений 2-4 раза в год
 2. лихорадка
 3. затяжной характер рецидивов
 4. обструкция дыхательных путей ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
12. При тяжелой бронхообструкции у детей чаще бывают осложнения:
1. ателектаз;
 2. пиоторакс;
 3. абсцесс;

4. напряженный пневмоторакс;
 5. булла. ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
13. Основные лечебные мероприятия при обструктивном бронхите вирусной этиологии, кроме:
1. приема бронхолитиков;
 2. приема отхаркивающих;
 3. вибрационного массажа грудной клетки;
 4. приема антибиотиков;
 5. физиопроцедур. ОПК-8; ПК-8; ПК-9; ПК-10.
14. В основе облитерирующего бронхиолита лежит:
1. преходящий бронхоспазм;
 2. облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого;
 3. транзиторный отек слизистой оболочки бронхов;
 4. кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета;
 5. множественные ателектазы. ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
15. При тяжелой бронхиальной обструкции у детей чаще бывают осложнения:
1. ателектаз;
 2. пиоторакс;
 3. абсцесс;
 4. напряженный пневмоторакс;
 5. булла. ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
16. При тяжелой бронхиальной обструкции возникает гиповентиляция некоторых участков легкого (из-за отека слизистой оболочки и бронхоспазма!). они спадаются, образуя ателектазы. Основные лечебные мероприятия при обструктивном бронхите вирусной этиологии, кроме:
1. приема бронхолитиков;
 2. приема отхаркивающих;
 3. вибрационного массажа грудной клетки;
 4. приема антибиотиков;
 5. физиопроцедур. ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
17. Укажите наиболее характерный признак острого простого бронхита у детей:
1. синдром нейротоксикоза
 2. субфебрилитет
 3. сухие рассеянные хрипы
 4. одышка
 5. корочечный оттенок звука ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
18. В патогенезе сужения просвета бронхов при обструктивном бронхите играют:
1. бронхоспазм
 2. отек слизистой
 3. гиперсекреция слизи
 4. все перечисленное ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
19. Обструктивный бронхит чаще встречается при сопутствующих:
1. гипотрофии
 2. рахите
 3. ЭКД
 4. ЛГД ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6;
20. При бронхиолите отмечаются:
1. тяжелое состояние
 2. отсутствие кашля
 3. ЧД > 32 в мин
 4. ЧД > 60 в мин ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6
 5. цианоз носогубного треугольника

Правильный ответ: 1-4; 2-4; 3-4; 4-3; 5-4; 6-1; 7-4.8-3; 9-4; 10-3; 11-4; 12-1; 13-4; 14-2; 15-1; 16-4. 17-3; 18-4; 19-3; 20-1,4,5;

Контрольная работа

Билет №1

1. Основные рубрики классификации бронхитов.
2. Особенности течения различных клинических форм бронхитов.
3. Функциональные методы исследования органов дыхания

Билет №2

1. Лабораторная и R-ая диагностика заболеваний легких.
2. БОС у детей, клинические симптомы, помощь.
3. Дифференциальная диагностика бронхитов.

Острая пневмония у детей раннего возраста.

ВАРИАНТ-1

1. Развитие деструкции легочной ткани характерно для пневмонии, вызванной: а) пневмококком; б) золотистым стафилококком; в) микоплазмой и пневмоцистой; г) грам-отрицательной флорой; д) синегнойной палочкой
 1. а, в
 2. б, д
 3. а, г
 4. а, д
 5. г, д ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. Эмпирический выбор антибиотика для лечения пневмонии зависит от: а) возраста ребенка (новорожденный, дети от 6 месяцев до 6 лет, младшие школьники, подростки); б) места инфицирования (дома, в стационаре); в) этиологического спектра возбудителей, характерных для того или иного региона; г) наличия в семье старших братьев/сестер с хроническим тонзиллитом; д) тяжести состояния ребенка; е) жилищно-бытовых условий; ж) всех перечисленных факторов
 1. а, в, г
 2. б, в, г, д
 3. ж
 4. а, б, в, д
 5. а, б, в, г, д ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
3. В этиологии внегоспитальной (внебольничной) пневмонии у детей ведущее значение имеет:
 1. пневмококк;
 2. пиогенный стрептококк;
 3. стафилококк;
 4. клебсиелла
 5. кишечная палочка. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. Максимальная длительность острого течения пневмонии:
 1. 10 дней
 2. 1 месяц
 3. 1,5 месяца
 4. 2 месяца ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. Максимальная длительность затяжного течения пневмонии:
 1. 1,5 месяца
 2. 3-4 месяца
 3. 6 месяцев
 4. 12 месяцев ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. Какая из указанных морфологических форм не входит в классификацию пневмоний:
 1. очаговая
 2. очагово-сливная
 3. крупозная

4. декструктивная ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
7. Какой микробный фактор играет роль в этиологии внебольничной пневмонии у детей старше 6 месяцев?
1. стафилококк
 2. кишечная палочка
 3. синегнойная палочка
 4. пневмококк ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
8. Какая флора преобладает в этиологии пневмонии, осложненной деструкцией легких?
1. стрептококк
 2. пневмококк
 3. стафилококк
 4. микоплазма ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
9. Наиболее частый возбудитель интерстициальной пневмонии:
1. микоплазма
 2. пневмококк
 3. пневмоциста
 4. псевдомонады ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
10. Какой клинический симптом является решающим для диагноза «пневмония»:
1. одышка экспираторного характера
 2. разнокалиберные влажные хрипы над всей поверхностью легких
 3. коробочный отек перкуторного звука ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 4. локализованные влажные мелкопузырчатые хрипы
11. Какое анамнестическое указание не характерно для постановки диагноза крупозная пневмония?
1. развитие заболевания на 5 день ОРВИ
 2. острое начало заболевания с повышением температуры до 39-4- с, озноба
 3. кашель с ржавой мокротой
 4. боли в грудной клетке ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
12. Для микоплазменной пневмонии характерны следующие положения, за исключением:
1. затяжной характер, длительный фебрилитет
 2. фарингит
 3. навязчивый малопродуктивный кашель, вязкая мокрота
 4. выраженная интоксикация ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
13. Какие антибиотики пенициллинового ряда не разрушаются В---лактомазой?
1. оксациллин
 2. карбенициллин
 3. амоксициллин
 4. пенициллин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
14. Какая флора чувствительна к амоксициллину?
1. хламидии
 2. микоплазма
 3. пневмококк
 4. синегнойная палочка ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
15. Какой антибиотик Вы предпочтете для лечения микоплазменной инфекции?
1. амоксициллин
 2. амоксициллин/клавуланат
 3. азитромицин
 4. цефотаксим ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
16. Антибиотик, которым следует лечить пневмонию, вызванную хламидиями:
1. фортум
 2. гентамицин
 3. кларитромицин
 4. амоксициллин/клавуланат ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
17. Выберите стартовый антибиотик для лечения тяжелой внутрибольничной пневмонии:

1. тиенам
2. цефазолин
3. клафоран
4. амикацин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

18. Наиболее рациональное сочетание антибиотиков для лечения тяжелой формы пневмонии неуточненной этиологии:

1. ампициллин + оксациллин
2. цефазолин + гентамицин
3. карбенициллин + кефзол
4. цефоперазон+ амикацин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

19. Сроки диспансеризации детей, перенесших деструктивную пневмонию и не имеющих рентгенологических изменений к моменту выписки:

1. 1 год
2. 6 месяцев
3. 2 года
4. 3 года ПК-1;ПК-2.

20. При каких заболеваниях из перечисленных может отмечаться примесь крови в мокроте?

1. бронхиальной астме
2. рецидивирующий бронхит
3. гипоплазия легкого
4. бронхоэктатическая болезнь ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

ВАРИАНТ-2

1. К какой группе антибиотиков относится нетилмицин?

1. макролиды
2. пенициллины
3. аминогликозиды
4. цефалоспорины ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

2. Какой из перечисленных признаков обладает прямым муколитическим действием?

1. амброксол
2. N---ацетидцистеин
3. карбоцистеин
4. бромгексин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

3. Какое количество лимфоцитов в периферической крови ребенка 5 лет соответствует возрастным нормативам?

1. 30%
2. 60%
3. 70%
4. 45% ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

4. Какой из антибиотиков обладает нефротоксическим и ототоксическим действием?

1. амоксициллин
2. цефотаксим
3. аугментин
4. амикацин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

5. Внебольничная пневмония у детей в возрасте от 1 до 5 лет реже вызывается:

1. синегнойной палочкой;
2. пневмококком;
3. микоплазмой;
4. гемофильной палочкой;
5. стафилококком. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

6. При лечении микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста целесообразно использовать:

1. природные пенициллины;
 2. макролиды;
 3. полусинтетические пенициллины;
 4. цефалоспорины 1 –го поколения;
 5. аминогликозиды. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
7. Смена антибиотиков требуется при их неэффективности в течение:
1. 1 дня
 2. 3-х дней
 3. 5 дней. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
8. Развитию аспирации у новорожденного способствуют;
1. анатомио-физиологическое строение гортани
 2. генетические факторы
 3. несовершенный механизм кашлевого рефлекса
 4. особенности иммунного статуса ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 5. слабая эвакуационная способность эпителия слизистой оболочки дыхательных путей
9. К развитию нозокомиальных пневмоний у новорожденных предрасполагают:
1. длительная госпитализация
 2. проведение инвазивных процедур
 3. длительный безводный промежуток в родах
 4. морфофункциональная незрелость ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 5. дефекты санитарной обработки медицинского инструментария
10. Тяжесть пневмонии определяется:
1. выраженностью токсикоза
 2. видом возбудителя
 3. степенью дыхательной недостаточности
 4. морфологическими изменениями в легких
 5. длительностью течения
 6. наличием осложнений ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
11. К возбудителям, вызывающим развитие атипичных пневмоний у новорожденных относятся:
1. клебсиелла
 2. стафилококки
 3. микоплазма
 4. пневмококк
 5. хламидии. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
12. К внелегочным осложнениям при пневмонии относятся:
1. сердечная недостаточность
 2. инфекционный токсикоз
 3. надпочечниковая недостаточность
 4. пиопневмотракс. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
13. При аспирации новорожденному антибактериальная терапия:
1. не показана
 2. показана. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
14. Причиной экспираторной одышки является:
1. фарингит;
 2. ларингит;
 3. бронхиальная обструкция;
 4. трахеит;
 5. риносинусит ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
15. При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать:
1. триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол);
 2. макролиды;
 3. полусинтетические пенициллины, потенцированные

- клавулановой кислотой или сульбактамом;
- 4. цефалоспорины второго поколения;
- 5. линкомицин. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

16. Оптимальная продолжительность терапии антибиотиками пенициллинового ряда при пневмонии:

- 1. до нормализации температуры; ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
- 2. до полного рассасывания инфильтрата в лёгком;
- 3. до нормализации СОЭ;
- 4. до ликвидации токсикоза и 2-5 дней нормальной температуры тела, при положительной клинической динамике;
- 5. до 10 дней, независимо от клинической картины заболевания.

17. Какие из перечисленных положений нехарактерны для долевой пневмонии:

- 1. патологический процесс начинается с воспалительной инфильтрации альвеол;
- 2. пневмококк - основной возбудитель пневмонии;
- 3. нередко сопровождается плевритом; ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
- 4. заболевание типично для детей грудного возраста;
- 5. заболевание чаще встречается у детей в возрасте 5-6 лет.

18. Основной путь распространения инфекции при острой пневмонии:

- 1. бронхогенный
- 2. гематогенный
- 3. лимфогенный
- 4. кишечный
- 5. нейrogenный ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

19. Осложнениями при пневмонии являются

- 1. сердечно-сосудистые изменения
- 2. дыхательная недостаточность
- 3. пневмоторакс
- 4. миокардит
- 5. токсикоз
- 6. легочное сердце ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

20. Симптомами острой пневмонии являются

- 1. одышка
- 2. ринит
- 3. першение в горле
- 4. цианоз
- 5. стонущее дыхание
- 6. кашель ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

Правильный ответ: 1-3; 2-2; 3-4; 4-4; 5-1; 6-2; 7-2;8-(1,3,5); 9-(1,2,4,5); 10-(1,3,4,6); 11-(3,5); 12-(1,3); 13-2; 14-3; 15-(1,2); 16-4; 17-4; 18-1; 19-(1,3,4,6);20 -(1,4,5);

Контрольная работа.

Билет 1

- 1. Роль возрастных анатомо -физиологических особенностей органов дыхания у детей при пневмонии.
- 2. Пневмония и функциональное состояние иммунитета у детей.
- 3. Определение пневмонии и современное представление о пневмонии.

Билет 2

- 1. Коморбидные состояния определяющих тяжесть пневмонии
- 2. Наиболее часто встречающиеся пневмотропные возбудители у детей, пути передачи.
- 3. Патогенетические механизмы развития пневмонии.

МОДУЛЬ-4 Бронхиальная астма. ВАРИАНТ-1

1. Диагностика бронхиальной астмы основана на оценке данных: а) анамнеза; б) аллергологического статуса; в) функции внешнего дыхания; г) связи с причинно-значимым аллергеном; д) повышения числа эозинофилов в общем анализе крови
 6. а, б, в
 7. а, б, г, д
 8. б, в, г, д
 9. а, б, в, г
 10. в, г, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. Какой тип аллергической реакции характерен для атопической бронхиальной астмы?
 5. I тип
 6. II тип
 7. III тип
 8. IU тип ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
3. Какими клиническими симптомами характеризуется приступ бронхиальной астмы?
 5. влажный кашель
 6. приступ удушья
 7. инспираторная одышка
 8. рассеянные сухие хрипы ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. Приступный период бронхиальной астмы характеризуется:
 6. экспираторной одышкой
 7. зудом в носу
 8. слезотечением
 9. притуплением легочного звука
 10. мучительным сухим кашлем ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. Для бронхиальной астмы грибковой этиологии характерно:
 6. ухудшение в домашних условиях
 7. улучшение со сменой жилья
 8. ухудшение в сырых помещениях
 9. непереносимость цирка, зоопарка
 10. летняя сезонность ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. Особенности приступа бронхиальной астмы у детей раннего возраста являются:
 5. обилие сухих хрипов
 6. одышка смешанного характера
 7. вынужденное положение
 8. инспираторная одышка ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
7. Для неатопической (инфекционно-аллергической) бронхиальной астмы характерно:
 5. острое развитие приступа
 6. затяжное течение приступа
 7. отсутствие интоксикации
 8. преобладание сухих хрипов в легких ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
8. Признак, не характерный для бронхиальной астмы:
 6. приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой;
 7. повышение концентрации хлоридов в поте и моче;
 8. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты;
 9. рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы;
 10. жесткое дыхание. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

9. Для аспириновой астмы не характерно:
5. аллергический генез;
 6. развитие заболевания в результате нарушения синтеза простагландинов;
 7. наличие связи заболевания с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;
 8. полипоз слизистой оболочки носа; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
10. У детей 1-го года жизни бронхиальную астму чаще вызывают аллергены:
5. бытовые
 6. эпидермальные
 7. пищевые
 8. грибковые ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
11. Аспириновая триада включает в себя всё, кроме:
5. аллергический ринит
 6. полипоз носа
 7. бронхиальную астму ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 8. непереносимость нестероидных противовоспалительных средств
12. Факторами, предрасполагающими к развитию бронхиальной астмы, являются:
4. атопия
 5. гиперреактивность бронхов
 6. наследственность
 4. вирусы и вакцины
 5. химические вещества
 6. все перечисленные ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
13. При атопической бронхиальной астме имеется всё, кроме:
5. общий Ig E в сыворотке крови повышен
 6. кожные пробы положительные с неинфекционным аллергеном
 7. кожные пробы положительные с инфекционным аллергеном
 8. определяются специфические Ig E ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
14. Какова причина экспираторной одышки при бронхиальной астме?
5. бронхоспазм
 6. наличие жидкости в плевральной полости.
 7. инфильтрация легочной ткани.
 8. гипосекреция слизи. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
15. При среднетяжелом течении бронхиальной астмы частота приступов составляет:
5. 1 раз в месяц
 6. 3-4 раза в месяц
 7. 2-4 раза в месяц
 8. ежедневно ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
16. Какой аллерген редко является причиной атопической бронхиальной астмы у детей?
5. пылевой
 6. эпидермальный
 7. домашняя пыль
 8. бактериальный ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
17. К критериям тяжелого течения бронхиальной астмы относится всё, кроме:
6. частота приступов несколько раз в неделю
 7. показатель РЕФ менее 60%
 8. длительность ремиссии до 1 недели ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 9. значительно снижена переносимость физической нагрузки
 10. приступ купируется ингаляционным приемом бронхолитиков

18. Астматический статус - это не купирующийся, максимально выраженный приступ удушья продолжительностью более:

5. 1 часа
6. 2-4 часов
7. 6-8 часов
8. 10 и более часов ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

19. Бронхиальная астма с повторяющимися приступами летом обусловлена сенсibilизацией к пыльце

4. деревьев, кустарников
5. злаковых
6. сорных трав ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

20. Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у детей до 1 года жизни является аллергия

4. пищевая и лекарственная
5. бытовая, эпидермальная и грибковая
6. пыльцевая ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

Правильный ответ: 1-4; 2-1; 3-2; 4-1; 5-3; 6-2; 7-2; 8-2; 9-1; 10-3; 11-2; 12-6; 13-3; 14-1;15-2;16-4. 17-5;18-3; 19-2; 20-1;

Симптоматическая и базисная терапия астмы.

ВАРИАНТ-1

1. Для купирования острого приступа бронхиальной астмы не целесообразно применять:

1. сальбутамол
2. эуфиллин
3. беродуал
2. кромгликат натрия ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11.

2. Базисной противовоспалительной терапией при тяжелой бронхиальной астме являются: а) ингаляционные глюкокортикостероидные (ГКС) препараты; б) оральные (системные) ГКС-препараты; в) теофиллин пролонгированного действия; г) β_2 -агонисты пролонгированного действия; д) β_2 -агонисты короткого действия; ж) всё выше перечисленное

1. а, б, в, г
2. ж
3. б, в, д
4. а, в, г ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

3. Для купирования развившегося приступа бронхиальной астмы целесообразно использовать:

1. ингаляционные кортикостероиды;
2. кромогликат;
3. недокромил;
4. бета-2 адреномиметики;
3. задитен. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11.

4. При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении:

1. ингаляционных кортикостероидов;
2. кромогликата;
3. пероральных кортикостероидов;
4. кетотифена;
5. бета-2-адреномиметиков. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

5. При «аспириновой» бронхиальной астме нельзя использовать:

1. тавегил;
 2. эуфиллин;
 3. сальбутамол;
 4. интал;
 5. напроксен. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
6. Укажите наиболее частый побочный эффект ингаляционных стероидов:
1. кандидоз полости рта;
 2. недостаточность коры надпочечников;
 3. остеопороз;
 4. гипергликемия;
 5. синдром Иценко-Кушинга. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
7. К лекарственным препаратам, контролирующим течение бронхиальной астмы, относятся:
1. бета-2-адреномиметики короткого действия;
 2. ингаляционные холинолитики;
 3. противовоспалительные препараты и пролонгированные бронходилататоры;
 4. иммуностимуляторы;
 5. все перечисленное. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
8. Частота наблюдений педиатром в поликлинике за детьми после последнего приступа бронхиальной астмы составляет
1. 1 раз в неделю
 2. 1 раз в месяц
 3. 1 раз в 3 месяца
 4. 1 раз в 6 месяцевПК-1;ПК-2
9. К ингаляционным глюкокортикоидам относятся:
1. альдецин
 2. ингакорт
 3. беклометазон
 4. преднизолон ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
10. К базисной терапии бронхиальной астмы относятся все препараты, кроме:
7. кромогликанат Na
 8. интал
 9. аколлат
 10. тайлед
 11. ингакорт
 12. гистаглобулин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
11. В приступном периоде бронхиальной астмы не назначаются:
5. эуфиллин
 6. b2-агонисты короткого действия
 7. антигистаминные препараты
 8. муколитики ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
12. Для купирования легкого и среднетяжелого приступа бронхиальной астмы препаратом первого выбора является:
6. беклометазон
 7. сальбутамол
 8. кетотифен
 9. эуфиллин
 10. преднизолон
 4. интал ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11.
13. К быстрой и пролонгированной дилатации бронхов у ребенка с бронхиальной астмой приводит сочетание атровента (тровекала) и:
5. интала
 6. бета-2-агонистов короткого действия

7. эуфиллина
 8. антигистаминных средств ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;
14. Детям с бронхиальной астмой показана следующая физкультурная группа
5. основная
 6. подготовительная
 7. ослабленная
 8. занятия физкультурой противопоказаны ПК-1;ПК-2;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14.
15. Профилактические прививки детям с бронхиальной астмой проводятся
4. по традиционному календарю
 5. по индивидуальному календарю
 6. противопоказаны ПК-1;ПК-2.
16. Предельная суточная доза селективных адреномиметиков для детей составляет
5. 10-12 ингаляционных доз
 6. 6-8 ингаляционных доз
 7. 4-5 ингаляционных доз
 8. 2-3 ингаляционных доз ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
17. Селективные короткодействующие адреномиметики начинают действовать через
5. 30-40 минут
 6. 10-20 минут
 7. 3-5 минут
 8. 1-2 минуты ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
18. Для купирования приступа бронхиальной астмы пролонгированные препараты теофиллина
4. являются препаратами первого выбора
 5. высокоэффективны, но не являются препаратами первого выбора
 6. неэффективны ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;
19. Для купирования приступа бронхиальной астмы препаратом первого выбора являются
5. Беклометазон
 6. Сальбутамол
 7. Кетотифен
 8. Кромогликат натрия ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;
20. Продолжительность диспансерного наблюдения в поликлинике за детьми с бронхиальной астмой составляет
1. 1 год
 2. 3 года
 3. до перевода во взрослую поликлинику
 4. 2 года ПК-2;ПК-14.

Правильный ответ: 1-4; 2-1; 3-4; 4-3; 5-5; 6-1;7-5; 8-2; 9-4; 10-6; 11-3; 12-2; 13-2; 14-3;15-2; 16-3; 17-3; 18-3; 19-2;20-3;

Контрольная работа.

Вариант 1.

1. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей
2. Этиология бронхиальной астмы внешние и внутренние аллергены.
3. Факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы.

Вариант 2.

1. Патогенез участие специфических и неспецифических иммунных реакций.
2. Классификация бронхиальной астмы. Основные рубрики классификации
3. Особенность клинического течения у детей в возрасте до 1 года, от 1 до 3 лет, и старше 3-4 лет.

Аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей.

1. Неотложная помощь при стенозе гортани (ложном крупе) включает в себя все, кроме:

5. ультразвуковые ингаляции
6. щелочные ингаляции
7. спазмолитики
8. бета 2-агонисты
9. преднизолон ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11.

2. Стенозирующий ларингит (ложный круп) клинически характеризуется всем, кроме:

1. дистантные хрипы
2. инспираторной одышкой
3. осиплостью голоса
4. эмфизематозным вздутием
5. грубым лающим кашлем ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

3. В периоде ремиссии аллергического ринита назначается всё, кроме:

1. топические глюкокортикостероиды (назонекс, флексоназа)
2. кромоны (кромоглин, кромогексал)
3. мембраностабилизаторы (кетотифен, задитен)
4. деконгестанты (клариназе, ринопронт, контакт). ПК-1;ПК-2;ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

4. В патогенезе аллергического ринита ведущим механизмом являются аллергические реакции:

1. I типа
2. II типа
3. III типа
4. G. IV типа ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

5. Специфическое аллергологическое обследование включает в себя всё, кроме:

1. сбор аллергологического анамнеза
2. спирометрию
3. потановку кожных проб
4. провокационные тесты
5. определение специфических IgE ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

6. Укажите местные антибактериальные препараты применяемые у детей при остром рините:

1. нафтизин
2. биопорокс
3. полидекса
4. бронхомунал ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

7. В периоде обострения аллергического ринита у детей применяется всё, кроме:

1. антигистаминные препараты внутрь
2. деконгестанты (ринопронт, контакт)
3. топические антигистаминные препараты
4. топические глюкокортикостероиды ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

8. Для IV стадии аллергического ринита характерно:

1. образование полипов
2. образование кисты
3. атрофия слизистой
4. развитие гайморита ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

9. Для аллергической реакции I типа не характерно:

1. ведущая роль в патогенезе принадлежит Ig E
2. реакция развивается через 15-20 минут после повторного контакта с аллергеном
3. участие в реакции интерлейкина 10
4. в механизме развития основную роль играют гистамин, брадикины, лейкотриены ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

10. К антигистаминным препаратам I поколения относятся:

1. телфаст
2. лоратадин
3. кетотифен
4. супрастин
5. кларитин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

11. Выраженный клинический эффект кетотифена отмечается через

1. 3-5 минут
2. 2 часа
3. 24 часа
4. 14 дней ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

12. Заболевание, постоянными симптомами которого являются пароксизмальное чихание, обильное прозрачное водянистое отделяемое из носа, затруднение носового дыхания, зуд в области носа - это

1. острый ринит
2. острый синусит
3. хронический гайморит
4. аллергический ринит
5. атрофический ринит ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

13. Заболевание, характеризующееся наличием корок в носу, резким неприятным запахом, резкой атрофией слизистой носа, называется

1. атрофическим ринитом
2. оzenой
3. гипертрофическим ринитом ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

14. При воздействии гистамина в гладкомышечных клетках различной локализации происходит все, кроме:

1. Активации H1-рецепторов
2. Усиления образования инозитолтрифосфата в ГМК артериол.
3. Активирования фосфолипазы C в ГМК стенки бронхов
4. Повышение активности Ca²⁺-АТФазы в мембране саркоплазматического ретикулума ГМК артериол ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

15. Расширению бронхов и уменьшению бронхоспазма способствуют:

1. гипокальциемия
2. ваготония
3. симпатикотония
4. гипогликемия
5. физическая нагрузка ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

Правильный ответ: 1-3; 2-4; 3-1; 4-1; 5-2; 6-2;7-4; 8-1; 9-3; 10-4; 11-4; 12-4; 13-2; 14-2; 15-3.

Контрольная работа

Билет 1

1. Этиология, сезонного и круглогодичного аллергического ринита у детей.
2. Клиника стеноза гортани и трахеита.
3. Методы диагностики круглогодичного аллергического ринита у детей.

Билет 2

1. Специфической иммунотерапии в лечении аллергического ринита у детей.
2. Клиника и лечение аллергического ринита у детей.
3. Дифференциальная диагностика аллергических заболеваний верхних отделов дыхательных путей.

МОДУЛЬ-4

ВАРИАНТ-1 Хронический бронхит.

1. Какому методу исследования Вы отдадите предпочтение при диагностике аномалий развития легких?
 1. рентгенограмма
 2. томограмма
 3. компьютерная томография
 4. рентгеноскопии ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. Какой из клинических симптомов является ведущим при диагностике аномалий развития легких?
 1. стойкие локализованные физикальные изменения в легких
 2. рассеяны сухие хрипы
 3. влажные разнокалиберные хрипы диффузного характера
 4. шум трения плевры ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
3. Какой метод исследования является информативным для уточнения диагноза муковисцидоза?
 1. общий анализ крови ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 2. анализ мокроты
 3. определение натрия и хлора в поте
 4. биохимический анализ крови (СРБ, сиаловая кислота и т.п.)
4. Как изменяется содержание электролитов в поте при муковисцидозе?
 1. без изменения
 2. снижается
 3. повышается
 4. резко снижается ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. Характер мокроты при муковисцидозе:
 1. слизистая
 2. гнойная с примесью крови
 3. слизисто гнойная
 4. тягучая, слизисто-гнойная, вязкая ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. Характер мокроты при бронхоэктатической болезни:
 1. слизистая
 2. слизисто-гнойная
 3. вязкая, тягучая, слизистая ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 4. гнойная, преимущественно по утрам, в большом количестве
7. Не обладает муколитическим эффектом:
 1. мукосольвин;
 2. амброксол;
 3. бромгексин;

4. либексин;
 5. амбробене. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
8. В основе хронического облитерирующего бронхоолита лежит:
1. переходящий бронхоспазм;
 2. облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого;
 3. транзиторный отек слизистой оболочки бронхов;
 4. кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета;
 5. множественные ателектазы ОПК-9;ПК-5;ПК-6;.
9. Достоверный метод верификации хронического бронхита:
1. физикальные исследования;
 2. рентгенография органов грудной клетки;
 3. клинический анализ крови;
 4. бронхоскопия с цито-им и бакт-им исследованием бронхиального содержимого;
 5. посев мокроты. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
10. Какие из перечисленных заболеваний исключают целесообразность обследования на муковисцидоз:
1. пневмонии с затяжным течением;
 2. пневмоцистная пневмония;
 3. рецидивирующие пневмонии;
 4. рецидивирующий БОС, рефрактерный характер к традиционной терапии;
 5. рецидивирующие бронхиты. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
11. Какие признаки характерны для хронической пневмонии с бронхоэктазами:
1. непостоянные влажные хрипы;
 2. влажные хрипы постоянной локализации;
 3. проводные хрипы;
 4. крепитация;
 5. сухие рассеянные хрипы. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
12. Для выявления бронхоэктазов показана:
1. бронхография;
 2. пневмотахометрия;
 3. рентгенография органов грудной клетки;
 4. томография;
 5. пикфлоуметрия. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
13. Решающее значение для диагностики хронической пневмонии с бронхоэктазами имеет:
1. рентгенография грудной клетки;
 2. физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных хрипов;
 3. исследование функции внешнего дыхания;
 4. бронхография;
 5. пикфлоуметрия. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
14. Какие признаки не характерны для синдрома Картагенсра?
1. бронхоэктазы;
 2. не заращение твердого и мягкого неба;
 3. полипоз носа;
 4. обратное расположение внутренних органов;
 5. риносинусопатия. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
15. При длительном (более 2 нед.) одностороннем бронхите можно думать о:
1. инородном теле бронха
 2. хронической аспирации пищи

3. пороке развития бронха
 4. остром (простом) бронхите
 5. обструктивном бронхите. ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
16. При ХНЗЛ с бронхоэктазами назначают:
1. отхаркивающие микстуры (настойка алтея, термопсиса)
 2. эуфиллин
 3. атропин
 4. ацетилцистеин
 5. постуральный дренаж ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
17. Для бронхоэктатического варианта ХНЗЛ характерно всё, кроме:
1. продуктивный кашель
 2. кашель с мокротой
 3. симптом утреннего плевка
 4. в легких постоянные трескучие хрипы
 5. в легких хрипы отсутствуют ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
18. Хроническая пневмония считается локализованной если поражены
1. Не более 3 сегментов
 2. Не более 6 сегментов в каждом легком
 3. Не более 6 в обоих легких ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
19. Наиболее эффективным методом введения антибиотика при хронической пневмонии является
1. Пероральный
 2. Внутримышечный
 3. Внутривенный
 4. Парентеральный ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
20. Какие признаки характерны для хронической пневмонии с бронхоэктазами:
1. непостоянные влажные хрипы;
 2. влажные хрипы постоянной локализации;
 3. проводные хрипы;
 4. крепитация;
 5. сухие рассеянные хрипы ОПК-9;ПК-5;ПК-6;.

Правильный ответ: 1-3; 2-1; 3-3; 4-3; 5-4; 6-4; 7-4; 8-2; 9-4; 10-2;11-2;12-1;13-4;14-2;15-(1,2,3) 16-4;17-1;18-4;19-1;20-2;

Контрольная работа

Вариант 1.

- 1.Хр.бронхиты современное представление. первичные и вторичные хр.бронхиты.
- 2.Коморбидные состояние у детей при хр. бронхите; пороках развития легких, синдрома цилиарной дискинезии, синдрома хр. аспирации пищи, хр. бронхиолите, хр. пневмонии.
- 3.Хр. бронхит при муковисцидозе и иммунодефицитных состояниях, операции на легких, а также у детей, находившихся на ИВЛ.

Вариант 2

1. Клинические проявления хр. бронхита при различных болезнях.
2. Клинические особенности хр. бронхита в зависимости от основного заболевания. Общие и специфические симптомы

3. Диагностика хр. бронхита. Изучение и оценка R-м.

Основы ЭКГ.

1. Средняя частота сердечных сокращений у ребенка 5-ти лет в покое составляет:

1. 80 уд/минуту
2. 90 уд/м инуту
3. 100 уд/минуту
4. 110 уд/минуту ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

2. Среднее систолическое артериальное давление (мм.рт.ст.) у детей старше 5 лет рассчитывается по формуле (n – возраст в годах):

1. $60+2n$
2. $80+2n$
3. $90+n$
4. $90+2n$
5. $100+n$ ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

3. Аускультативными признаками функционального шума в сердце у детей являются: а) тихий мягкий тембр шума; б) малая продолжительность; в) постоянство; г) изменение после физической нагрузки; д) отсутствие проведения за пределы границ сердца

1. а, в
2. а, б, г, д
3. а, г
4. б, в ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

4. С какого возраста соотношение частоты дыхания и пульса составляет 1:4:

1. с 6 мес.
2. с 1 года
3. с 5 лет
4. с 10 лет ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

5. Для сердечно-сосудистой системы критическими возрастными периодами являются:

1. 0-1 год
2. 0-2 года
3. 5-8 лет
4. 8-11 лет
5. 12-14 лет
6. 17-20 лет ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

6. У детей раннего возраста особенностями сердца являются:

1. шарообразная форма
2. капельная форма
3. границы с возрастом сужаются
4. границы с возрастом расширяются
5. исходно косоое положение ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. переход из поперечного положения в косоое и поворот внутрь

7. Работоспособность детского сердца обеспечивается:

1. магистральным типом коронарного кровотока ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности
3. малым количеством анастомозов сосудов сердца
4. относительно большой массой сердца (на 1 кг массы тела)

8. У доношенного новорожденного средняя частота сердечных сокращений составляет:

1. 90 в 1 мин.

2. 110 в 1 мин.
3. 140 в 1 мин.
4. 170 в 1 мин. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

9. У годовалого ребенка средняя частота сердечных сокращений составляет:

1. 100 в 1 мин.
2. 120 в 1 мин.
3. 140 в 1 мин.
4. 160 в 1 мин. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

10. У ребенка в возрасте 5 лет средняя частота сердечных сокращений составляет:

1. 80 в 1 мин.
2. 90 в 1 мин.
3. 100 в 1 мин.
4. 120 в 1 мин. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

11. Среднее систолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года

рассчитывается по формуле:

1. $60+2n$ (n - возраст в годах)
2. $90+n$
3. $90+2n$
4. $100+n$ ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

12. Среднее диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года

рассчитывается по формуле:

1. $40 + 2n$ (n - возраст в годах)
2. $50 + n$
3. $60 + n$
4. $70+2n$ ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

13. артериальное давление на ногах по сравнению с руками:

1. такое же
2. выше
3. ниже ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

14. У новорожденного левая граница относительной тупости сердца находится:

1. по срединно-ключичной линии
2. по передней подмышечной линии ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
3. снаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
4. внутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

15. Особенности сосудов у детей по сравнению со взрослыми:

1. артерии относительно шире
2. относительно узкий просвет вен
3. просвет вен шире просвета артерий
4. объем сердца увеличивается с возрастом больше, чем просвет крупных артерий
5. большая скорость кровотока
6. при рождении - мышечный тип строения сосудов большого круга кровообращения ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

Правильный ответ: 1-1; 2-3; 3-2; 4-2; 5-(2,5,6); 6-(1,3,6); 7-(1,3); 8-3; 9-2; 10-3; 11-3; 12-3; 13-2; 14-3; 15-(1,2,4,5,6);

Контрольная работа

Билет 1

1. Анализ ЭКГ-результатов, оформление ЭКГ- заключений.
2. ЭКГ у новорожденных, детей раннего возраста, дошкольного, школьного, подросткового периодов, особенности.
3. ЭКГ-изменения, обусловленные гипертрофией миокарда отдельных камер сердца

Билет 2

1. Рассмотреть ЭКГ-признаки нарушений проводимости: С-А блокады, А-У блокады, синдромы укорочения Р-О, нарушение внутрижелудочковой проводимости.
2. Изучить ЭКГ-изменения при нарушениях образования биоэлектрического импульса, ССУ, синусовая и пароксизмальные тахикардии, экстрасистолии.

МОДУЛЬ-4 ВАРИАНТ-1

Острая ревматическая лихорадка.

1. Заболевания, наиболее часто предшествующие ревматической атаке:
 1. Ангина
 2. Сепсис
 3. Грипп
 4. Кишечная инфекция ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
2. Какая локализация клапанных поражений наиболее характерна для ревматического эндокардита:
 1. Клапан легочной артерии
 2. Аортальный клапан
 3. Двухстворчатый клапан
 4. Трехстворчатый клапан ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
3. Какой из признаков входит в основные диагностические критерии ревматизма:
 1. Боли в животе
 2. Аннулярная аритмия
 3. Гипергаммаглобулинемия
 4. Положительный С-реактивный белок (++) ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. Какой из признаков входит в основные диагностические критерии ревматизма:
 1. Диспротеинемия
 2. Очаговая инфекция
 3. Боли в области сердца
 4. Хорея ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. Какой из признаков входит в основные критерии ревматизма:
 1. Артралгия
 2. Ревматизм у родственников
 3. Полиартрит
 4. Температурная реакция ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
6. Какой из перечисленных признаков входит в дополнительные диагностические критерии ревматизма:
 1. Изменения на ФКГ
 2. Эффективность антиревматической терапии
 3. Рентгенологические признаки

4. Слабость, утомляемость ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
7. Что характерно для ревматического поражения суставов:
 1. Летучий характер поражения суставов
 2. Ночные локализованные боли
 3. Стойкая деформация суставов ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 4. Утренняя скованность, усиление суставных болей по утрам
8. Какой из перечисленных ниже признаков составляет основу диагностики ревматизма:
 1. Полиартралгия
 2. Хорея
 3. Лихорадка
 4. Увеличение СОЭ ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
9. При ревматическом поражении суставов наблюдается:
 1. Утренняя скованность и усиление суставных болей
 2. Рецидивирующий полиартрит
 3. Ночные локализованные боли в суставах
 4. Доброкачественное течение полиартрита ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
10. Какой из указанных препаратов целесообразнее назначать при остром течении ревматизма:
 1. Делагил
 2. Лейкеран
 3. Д-пеницилламин
 4. Преднизолон ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
11. Ребенок 8 лет, перенес 2 атаки ревматизма, после которых сформировалась митральная недостаточность. В течение какого времени необходимо проводить профилактику бициллином:
 1. 1 года
 2. 2 лет
 3. 3 лет
 4. 5 лет ПК-1;ПК-2,
12. Какую функциональную пробу Вы примените у ребенка с ревматизмом, находящемся на постельном режиме, для решения вопроса о расширении режима:
 1. Ортоклининостатическая проба
 2. 5 перемен положения тела в постели
 3. 5 приседаний
 4. 10 приседаний ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
13. В этиологии острой ревматической лихорадки (ревматизма) решающее значение имеет:
 1. бета-гемолитический стрептококк группы А;
 2. бета-гемолитический стрептококк группы В;
 3. стафилококки; ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
 4. вирусные инфекции КОСАКИ и ЕСНО
14. Лечение острой ревматической лихорадки (ревматизма) с явлениями кардита обязательно включает: а) антибактериальные препараты пенициллинового ряда; б) нестероидные противовоспалительные средства; в) глюкокортикостероиды; г) сульфаниламиды; д) седативные препараты
 1. а, б, г
 2. а, б, в
 3. а, в, д
 4. а, б, г, д
 5. б, г, д ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
15. О повторной ревматической лихорадке (повторной атаке ревматизма) достоверно свидетельствуют: а) длительный субфебрилитет без явных признаков воспалительного процесса; б) суставной синдром; в) расширение границ относительной сердечной тупости; г) появление новых органических шумов в сердце; д) увеличение лимфатических узлов
 1. а, б, в
 2. а, б, в, г

3. а, б, д
4. б, г, д
5. в, г, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

16. Для диагностики ревматизма по Киселю-Джонсу-Нестерову основными критериями являются:

1. повышение титра антистрептолизина «О» (АСЛО);
2. абдоминальный синдром;
3. полиартрит;
4. снижение зубца Т на ЭКГ;
5. увеличение Q на ЭКГ. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

17. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является:

1. очаговая инфекция;
2. кардит;
3. общее недомогание;
4. артралгия;
5. лихорадка. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

18. Ребенку с предварительным диагнозом «ревматизм» необходимо назначить:

1. клинический анализ крови амбулаторно;
2. биохимический анализ крови амбулаторно;
3. консультацию кардиоревматолога;
4. госпитализацию;
5. ЭКГ амбулаторно. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

19. Если ребенка с предварительным диагнозом «ревматизм, активная фаза» не госпитализировали, то ему необходимо сделать все перечисленное, кроме:

1. клинического анализа крови на дому;
2. ЭКГ на дому;
3. назначения аспирина или ибупрофена;
4. Эхо КГ в диагностическом центре;
5. назначения пенициллина. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

20. В начальный период ревматической атаки показано применение:

1. пенициллина;
2. цепорина;
3. левомицетина;
4. бициллина;
5. фортума (цефтазидима). ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

Правильный ответ: 1-1; 2-3; 3-2; 4-4; 5-3; 6-2; 7-1; 8-2; 9-4; 10-4; 11-4; 12-2; 13-1; 14-2;15-2; 16-3; 17-2; 18-4; 19-4;20-1;

Острая ревматическая лихорадка.

ВАРИАНТ-2

1. Ребенок госпитализирован на второй день от начала артрита. Температура 37,8 С, боли и припухлость суставов сохраняется Систолический шум на верхушке продолжительный, СОЭ-45 мм/ч. Необходимо назначить все перечисленное, кроме:

1. пенициллина;
2. преднизолона;
3. диклофенака;
4. цефалоспоринов второго поколения;
5. поливитаминов. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

2. Ребенок лечится в стационаре в течение двух месяцев. Активность, ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать:

1. аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин05;
2. бициллин -3;
3. пенициллин;
4. эритромицин;
5. преднизолон. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

3. За осуществление реабилитации детей, перенесших атаку ревматизма, в поликлинике отвечают:

1. физиотерапевт;
2. участковый педиатр;
3. ЛОР-специалист;
4. врач ЛФК;
5. зав. отделением.ПК-14.

4. Ребенок восьми лет перенес две атаки ревматизма . Сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации проводить профилактику бициллином необходимо в течение:

1. 1 года;
2. 2 лет;
3. 3 лет;
4. 5 лет;
5. 10 лет.ПК-1;Пк-2.

5. Детям больным ревматизмом, в санатории проводит:

1. трудотерапию;
2. ЛФК;
3. бициллинопрофилактику;
4. санацию очагов инфекции;
5. все перечисленное.ПК-14

6. У мальчика 10-ти лет наблюдаются боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38 °С. Левая граница сердца увеличена ив 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:

1. постинфекционный миокардит;
2. ревматизм;
3. ревматоидный артрит;
4. септический кардит;
5. реактивный артрит. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

7. Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является:

1. фиброэластоз;
2. системная красная волчанка,
3. ревматизм,
4. септический эндокардит,
5. ревматоидный артрит ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
- 6.

8. При ревматическом поражении суставов наблюдается

1. утренняя скованность
2. рецидивирующий полиартрит
3. ночные локализованные боли ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. доброкачественное течение полиартрита
5. влиян ия на глюконеогенез.

9. Ребенку с предположительным диагнозом «ревматизм» целесообразно назначить дома до госпитализации:
1. преднизолон,
 2. бетаметазон,
 3. дексаметазон,
 4. супрастин,
 5. ибупрофен + супрастин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
10. Нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуются при:
1. ревматизме
 2. ревматоидном артрите,
 3. болезни Верльгофа,
 4. посттравматическом артрите,
 5. реактивном артрите ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
11. Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать
1. усиление тромбообразования,
 2. повышение артериального давления,
 3. возникновение язвы в желудочнокишечном тракте,
 4. гипергликемию,
 5. все перечисленное ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
12. Преднизолон оказывает все перечисленные действия, кроме.
1. противовоспалительного,
 2. антигистаминного,
 3. иммуносупрессивного,
 4. антикоагулянтного,
 5. влияния на глюконеогенез ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
13. К группе нестероидных противовоспалительных препаратов не относится
1. ацетилсалициловая кислота,
 2. диклофенак,
 3. индоцид,
 4. преднизолон,
 5. лорноксикам ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
14. Осложнения со стороны крови могут возникнуть при использовании:
1. диклофенака,
 2. папаверина,
 3. тавегила,
 4. супрастина,
 5. капотена ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
15. Во время гормональной терапии при ревматизме и ревматоидном артрите рекомендуется включить в диету:
1. творог и кефир,
 2. овощные и фруктовые салаты,
 3. печеный картофель,
 4. все перечисленное,
 5. сухофрукты ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
16. О возвратном ревмокардите (повторная атака) достоверно свидетельствуют:

1. субфебрилитет
2. суставной синдром
3. расширение границ кардиалгии
4. появление новых органических шумов в сердце ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. полилимфаденит

17. При ревматических поражениях нервной системы у детей обычно наблюдается:

1. диэнцефалит
2. нарушение мозгового кровообращения
3. малая хорей ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. формы с тиками
5. церебральные васкулиты

18. Лечение острой атаки ревматизма с явлениями кардита и высокой активностью обязательно включает в себя всё, кроме:

1. антибактериальные препараты пенициллинового ряда
2. препараты ацетилсалициловой кислоты
3. глюкокортикостероиды
4. седативные препараты ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

19. В план обследования при подозрении на ревматизм входит всё, кроме:

1. общий анализ крови
2. пункция коленного сустава
3. биохимический анализ крови (протеинограмма, СРБ и др.)
4. ЭХО-кардиография
5. ЭКГ ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

20. Для вторичной профилактики ревматизма на поликлиническом этапе у детей используются:

1. анальгин
2. витамин Д
3. бициллин 5
4. пенициллин
5. ацетилсалициловая кислота ПК-1;ПК-2.

Правильный ответ: 1-4; 2-1; 3-2; 4-4; 5-5. 6-2; 7-3; 8- 4; 9-5; 10-3; 11-5; 12-4; 13-4; 14-1; 15-4;16-4. 17-3;18-4; 19-2;20-3;

Контрольная работа.

Билет 1

1. Этиология ревматизма.
2. Современные взгляды на патогенез заболевания.
3. Основные клинические проявления: кардит, полиартрит, хорей, анулярная эритема, ревматические узелки.

Билет 2

1. Дифференциальная диагностика. Особенности течения ревматизма у подростков.
2. Лабораторная и инструментальная диагностика.
3. Этапное лечение ревматизма. Особенности лечения хорей.

МОДУЛЬ-4 ВАРИАНТ-1

Неревматические кардиты у детей.

1. Поводом для подозрения на инфекционный эндокардит у больного с пороком сердца или перенесенной операцией по поводу его коррекции может быть: а) длительный субфебрилитет; б) петехиальная сыпь на теле; в) появление энуреза; г) частые носовые кровотечения; д) появление аускультативных феноменов в сердце; е) всё перечисленное

1. а, б, в, г
2. а, б, г, д
3. б, в, г
4. б, в, е ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
5. е

2. Фиброэластоз эндокарда и миокарда является следствием:

1. раннего врожденного кардита
2. позднего врожденного кардита
3. остро приобретенного кардита ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

3. Неревматический кардит при ЭХО-КГ характеризуется:

1. увеличением полостей сердца
2. уменьшением полостей сердца
3. дефектом межжелудочковой перегородки
4. наличием фибринозных наложений на клапанах ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

4. При неревматическом кардите в процесс вовлекаются:

1. все оболочки сердца
2. эндокард
3. проводящая система
4. вегетативная нервная система ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

5. Наибольшую этиологическую значимость при неревматических кардитах имеют:

1. стафилококки
2. вирусы
3. стрептококки
4. грамотрицательные бактерии ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

6. При подостром течении неревматического кардита чаще всего на 1-й план выступают:

1. признаки сердечной недостаточности
2. поражения проводящей системы сердца с нарушением ритма
3. признаки кардита
4. кардиалгии ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

7. Образное название сердца при фибринозном перикардите

1. тигровое
2. волосатое
3. шаровидное
4. панцирное ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

8. Диагностировать фибрилляцию желудочков сердца можно

1. по пульсу на крупных артериях
2. по ЭКГ
3. при аускультации
4. по изменению окраски кожных покровов
5. при пальпации верхушечного толчка ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

9. При неревматическом кардите на эхокардиограмме можно выявить: а) увеличение полостей сердца, б) уменьшение полостей сердца, в) уменьшение фракции выброса. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в.
2. а, б.
3. б.
4. а, б, в.
5. в. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

10. Более быстрое диуретическое действие оказывает:

1. гипотиазид;
2. лазикс;
3. диакарб;
4. верошпирон;
5. триампур. ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.

11. К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится:

1. бледность кожных покровов;
2. нитевидный пульс;
3. падение артериального давления;
4. гиперемия кожи;
5. одышка. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

12. При впервые выявленной частой экстрасистолии у ребенка следует:

1. назначить постельный режим и противоревматическую терапию;
2. ограничить физические нагрузки;
3. под наблюдением назначить индерал внутрь;
4. госпитализировать для обследования;
5. назначить дома цитохром С, актовегин. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

13. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны:

1. гипергидроз;
2. белый дермографизм;
3. частые "вздохи";
4. склонность к обморокам;
5. плохая переносимость транспорта. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

14. В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеет:

1. рентгенограмма сердца;
2. ФКГ;
3. реограмма;
4. холтеровская ЭКГ;
5. эхокардиограмма. ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

15. Рабочая классификация неревматических кардитов у детей включает все кроме:

1. период возникновения кардита
2. этиологический фактор
3. форму (по преимущественной локализации)
4. течение
5. тяжесть
6. форму и степень сердечной недостаточности
7. исходы и осложнения
8. морфологические варианты ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

Правильный ответ: 1-2; 2-1; 3-1; 4-4; 5-2; 6-2; 7-2; 8-2; 9-1; 10-4; 11-4; 12-4; 13-2; 14-1;15-1.

Контрольная работа

Билет 1

1. Причины и патогенетические особенности развития неревматических кардитов у детей и подростков.
2. Клинические признаки врожденных и приобретенных форм неревматических кардитов.
3. Методы инструментальной и лабораторной диагностики воспалительного поражения миокарда.

МОДУЛЬ-5

Гастродуодениты. Язвенная болезнь 12 перстной кишки. Заболевания желчного пузыря.

ВАРИАНТ-1

1. Лечение гастрита В включает в себя:
 1. противопаразитарные
 2. ферментотерапию
 3. стимуляторы желудочной секреции
 4. антацидные препараты
2. При рвоте с кровью из перечисленных мероприятий противопоказано:
 1. проведение ЭФГДС
 2. гемостатический коктейль per os
 3. холод местно
 4. промывание желудка ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
3. Для оценки функции желчного пузыря при УЗИ назначается проба с
 1. магнием
 2. реланиум
 3. церукал
 4. аллохол ПК-5;ПК-6.
4. Назовите основную группу препаратов для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей раннего возраста:
 1. антациды
 2. прокинетики ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
 3. ингибиторы протонной помпы
 4. блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
5. Назовите характерный клинический синдром для хронического гастродуоденита:
 1. болевой ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
 2. диспептический
 3. астенический
 4. болевой + диспептический
6. Назовите наиболее частую причину формирования дисфункциональных расстройств у детей дошкольного возраста:
 1. острый панкреатит ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
 2. аномалии развития желчевыводящих путей
 3. перенесенный вирусный гепатит
 4. холецистэктомия
7. Назовите наиболее частое осложнение язвенной болезни:

1. перфорация
 2. пенетрация
 3. кровотечение ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
 4. формирование деформирующего рубца
8. Какой фактор имеет первостепенное значение в развитии хронического гастрита:
1. алиментарный
 2. кислотно-пептический
 3. наследственный
 4. инфицирование *Helicobacter pylori* ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
9. Состояние, характеризующееся чувством дискомфорта, болью, тяжестью в эпигастральной области, чувством быстрого насыщения, тошнотой, при этом во время обследования не выявляются органических причин, называется
1. синдром диспепсии
 2. синдром гипервозбудимости.
 3. синдром дизурии ОПК-9;ПК-5;ПК-6..
10. Наиболее характерный симптом для дисфункционального расстройства билиарного тракта с дискинезией гипопункцией (гипотонией) желчного пузыря:
1. увеличение печени
 2. субиктеричность склер по периферии
 3. ноющие боли постоянного характера
 4. приступообразный характер болей ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
11. Назовите типичную локализацию тех воспаления слизистой желудка при хроническом гастрите у детей:
1. большая кривизна желудка
 2. малая кривизна желудка
 3. антральный отдел
 4. диффузное воспаление ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
12. При функциональном расстройстве билиарного тракта со спазмом сфинктера Одди назначается:
1. аллохол
 2. гиосцина бутилбромид (Бускопан)
 3. дротаверин (Но-шпа)
 5. хофитол ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
13. Назовите препарат с антихеликобактерным действием:
1. ранитидин
 2. фамотидин
 3. фуразолидон
 6. фосфалюгель ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10.
14. Назовите клинический признак перфорации язвы желудка:
1. кинжальные боли в подложечной области
 2. рвота, не приносящая облегчения
 3. опоясывающие боли
 4. жидкий стул ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
15. Для лечения НР-ассоциированного хронического гастрита назначается терапия.
1. антибиотикотерапия
 2. антигистаминная
 3. антиоксидантная
 4. желчегонная ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

16. Назовите траву, обладающую желчегонным действием:
1. тысячелистник
 2. пустырник
 3. подорожник
 4. бессмертник ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
17. В развитии ЯБ желудка и 12 п.к могут участвовать все следующие факторы, кроме:
1. хеликобактер пилори
 2. активация факторов агрессии
 3. повышение тонуса парасимпатических нервов
 4. повышение тонуса симпатических нервов
18. Назовите наиболее частая эндоскопическая картина желудка, при ФГДС:
1. поверхностный (эритематозный/экссудативный)
 2. эрозивный
 3. геморрагический
 4. атрофический
19. Назовите длительность эрадикационной схемы при НР-инфекции:
1. 7 дней
 2. 7-10 дней
 3. 4 недели
 4. 3 недели ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
20. Назовите разовую дозу препарата домперидон (Мотилиум) для детей per os:
1. 0,1 мг/кг
 2. 0,25 мг/кг
 3. 0,5 мг/кг
 4. 0,75 мг/кг ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

Правильный ответ: 1-4; 2-4; 3-1; 4-2; 5-4; 6-2; 7-3; 8-3; 9-1; 10-3; 11-4; 12-2; 13-3; 14-1; 15-1; 16-4; 17-4; 18-1; 19-1; 20-2;

ВАРИАНТ-2

1. Назовите наиболее информативный метод диагностики хронического гастрита:
1. ЭФГДС
 2. эхоскопия желудка
 3. рентгеноскопия желудка с контрастным веществом
 4. ЭФГДС с биопсией слизистой ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
2. Назовите типичную локализацию болей при хроническом гастродуодените:
1. эпигастрий
 2. пилорoduоденальная зона
 3. эпигастрий + пилорoduоденальная зона
 4. правое подреберье ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
3. После проведения эрадикационной терапии с 2 антибактериальными препаратами целесообразно назначение
1. протекторы слизистой желудка
 2. H₂- блокаторы
 3. антоцидные препараты.
 4. регуляторы моторики желудка ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
4. Дисфункциональное расстройство билиарного тракта (дискинезия желчевыводящих путей) – это комплекс функциональных расстройств продолжительностью свыше 3 мес, сопровождающихся болью в животе с локализацией

1. в правом подреберье
 2. пояснице
 3. в правом подвздошной области
 4. эпигастрии ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
5. Выделите самый характерный клинический признак язвенной болезни:
1. боли в животе
 2. наличие крови в кале
 3. мойнингановский ритм болей
 4. рвота ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
6. Назовите признак, характерный для внутрипеченочного холестаза:
1. субиктеричность склер
 2. повышение гамма-глутамилтранспептидазы
 3. увеличение печени
 4. повышение щелочной фосфатазы ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
7. Назовите патогномичный симптом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у старших детей:
1. дисфагия
 2. рвота
 3. боли при глотании
 4. изжога ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
8. Какой метод исследования является «золотым стандартом» в диагностике желудочно-пищеводного рефлюкса:
1. биопсия пищевода
 2. функциональная эхоскопия пищевода
 3. внутрипищеводная рН –метрия
 4. рентгеновское исследование с барием ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
9. Назовите ведущий этиологический фактор язвенной болезни 12-перстной кишки:
1. семейная предрасположенность
 2. хеликобактер пилори
 3. нарушение режима питания
 4. высокая кислотность желудочного содержимого ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
10. Антральный гастрит характеризуется:
1. интенсивными поздними болями в животе
 2. ранними болями, возникающими после еды
 3. опоясывающими болями
 4. отрыжкой тухлым, тошнотой
11. Назовите неинвазивный тест для диагностики инвазии НР-инфицирования:
1. дыхательный тест (Хелик-тест)
 2. обнаружение специфических антител (ИФА)
 3. уреазный тест с биоптатом слизистой желудка
 4. морфологическое исследование биоптата ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
12. Наиболее характерный симптом для дисфункционального расстройства билиарного тракта с дискинезией гиперфункцией (гипертонией) желчного пузыря:
1. увеличение печени
 2. субиктеричность склер по периферии
 3. острые боли при погрешности диеты
 4. приступообразный характер болей ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
13. Дефект слизистой оболочки желудка/двенадцатиперстной кишки, не проникающий до мышечной пластинки, называется
1. эрозия

- язва
- ниша.
- рана ОПК-9;ПК-5;ПК-6.

14. Назовите препарат из группы антацидов:

- маалокс
- де-нол
- гастрофарм
- ранитидин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

15. Назовите схему лечения одновременно НР-инфекции и лямблиоза:

- омепразол+амоксциллин+кларитромицин
- омепразол+амоксциллин+нифуротель (Макмирор)
- омепразол+амоксциллин+де-нол ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10
- омепразол+де-нол+амоксциллин+кларитромицин

16. Назовите оптимальное обследование на наличие хеликобактерной инфекции:

- ЭФГДС
- дыхательный тест
- дыхательный тест + гистологический
- серологический ОПК-9;ПК-5;ПК-6.

17. При гастрите с повышенной секрецией назначается стол по Певзнеру:

- №2
- №1
- №5
- №7

18. Назовите вариант диеты при язвенной болезни в стадии обострения:

- основной вариант стандартной диетыПК-1;ПК-2
- вариант диеты с механическим и химическим щажением
- вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая)
- вариант с повышенным количеством белка (высокобелковая)

19. Назовите наиболее частый характер болей в животе при хроническом НР (+) гастродуодените:

- поздние
- ночные
- ранние
- ранние и поздние ОПК-9;ПК-5;ПК-6.

20. Назовите антисекреторный препарат, используемый в классической эрадикационной схеме хеликобактерной инфекции:

- де-нол
- омепразол
- ранитидин
- фамотидин ОПК-8;ПК-8;ПК-9;ПК-10

Правильный ответ: 1-4; 2-3; 3-1; 4-1; 5-2; 6 -4; 7-4; 8-2; 9-1; 10-2; 11-1; 12-3; 13-1; 14-1; 15-2; 16-3; 17-2; 18-2; 19-4; 20-1;

Контрольная работа

Билет 1

1. Патогенез, хронического гастрита и гастродуоденита;

2. Классификацию хронического гастрита и гастродуоденита и формулировку диагноза;
3. ДЖВП: определение, этиология и лабораторная диагностика

Билет 2

1. Методы обследования детей с хроническим гастритом и гастродуоденитом
2. Дифференциальный диагноз хронического гастрита и гастродуоденита и его проведение с использованием полученных клинических, лабораторных и параклинических данных;
3. Лечение ДЖВП: показания к госпитализации, режим, диета, лекарственная терапия.

Болезни мочевой системы.

ПИЕЛОНФРИТ; ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ВАРИАНТ-1

1. Морфо-функциональными особенностями мочевой системы ребенка в возрасте 2-3 лет являются: а) сниженная концентрационная функция почек; б) концентрационная способность почек не отличается от взрослых; в) число мочеиспусканий 6-8 раз в сутки; г) число мочеиспусканий более 10 раз в сутки; д) суточное количество выделенной мочи в пределах 900-1000 мл; е) суточное количество выделенной мочи в пределах 500-700 мл

1. а, г, д
2. а, в, е
3. б, в, г

1. а, в, д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

2. Функциональными особенностями мочевой системы детей старше 7-8 лет являются: а) сниженная концентрационная функция почек; б) концентрационная способность почек не отличается от взрослых; в) число мочеиспусканий 5-6 раз в сутки; г) число мочеиспусканий до 8 раз в сутки; д) суточное количество выделенной мочи в пределах 1000-1500 мл; е) суточное количество выделенной мочи в пределах 900-1000 мл

1. а, г, д
2. б, в, г
3. б, в, д

4. а, в, е ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

3. Проба по Зимницкому позволяет оценить: а) концентрационную и фильтрационную функцию почек; б) абсорбционную функцию канальцевого аппарата почек; в) только концентрационную функцию почек; г) концентрационную функцию почек и суточный диурез; д) концентрационную функцию почек и наличие эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров в моче

1. а, в
2. а, б
3. б, г

4. д ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

4. Ведущими этиологическими причинами развития острого гломерулонефрита у детей являются: а) острые вирусные инфекции (вирусы гепатита В, С, varicella-zoster, кори, ЕСНО, Коксаки, краснухи, ВИЧ); б) паразитарные инвазии (возбудители токсоплазмоза, малярии, шистосомоза, трихинеллёза); в) бета-гемолитический стрептококк группы А; г) переохлаждение; д) сенсibilизация организма пищевыми продуктами, пылью растений, лекарственными препаратами; е) все перечисленное

1. а, б, в
2. в, г
3. а, б, в, г

4. в, г, д, е ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

5. Характерными клиническими проявлениями острого постстрептококкового гломерулонефрита являются: а) распространенные отёки; б) отёк век, бледность и одутловатость лица; в) внезапное повышение артериального давления; г) внезапное падение артериального давления и слабость; д) олигурия; е) макрогематурия (моча цвета «мясных помоев»)

1. а, б, в
2. а, г, д, е
3. а, б, в, д, е
4. г, д, е
5. б, г, е ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

6.Основными лабораторными маркерами острого пиелонефрита являются: а) бактериурия; б) гематурия; в) цилиндрурия; г) протеинурия; д) лейкоцитурия; е) оксалатурия; ж) всё перечисленное

1. а, б, в, г
2. б, в, г
3. а, д, е
4. а, д
5. ж ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

7.Какова в среднем частота заболеваний органов мочевой системы у детей по данным массового скрининга:

1. 5: 1000
2. 60: 1000
3. 100: 1000
4. 150: 1000 ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

8.Укажите наиболее частую патологию в структуре заболеваний органов мочевой системы:

1. Пиелонефрит
2. Интерстициальный нефрит
3. Гломерулонефрит ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;
4. Наследственные и врожденные нефропатии

9.Укажите, в каком отделе нефрона осуществляется реабсорбция глюкозы и аминокислот:

1. В дистальном канальце
2. В петле Генле
3. В проксимальном канальце
4. В собирательных трубочках ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

10. Морфо-функциональной единицей почки является:

1. Интерстициальная ткань
2. Нефрон
3. Чащечно-лоханочная система
4. Собирательные трубочки ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

11.Фильтрационную функцию почек можно оценить:

1. По клиренсу эндогенного креатинина
2. По осмолярности мочи
3. По пробе Зимницкого
4. По титруемой кислотности мочи ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

12.Какова частота мочеиспусканий в течение суток у новорожденного ребенка:

1. 7-8 раз
2. 20-25 раз
3. 12-15 раз
4. 8-10 раз ОПК-7;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;

13.Суточный объем мочи у ребенка 1-го года жизни составляет:

1. 1000 мл
2. 800 мл
3. 500 мл
4. 300 мл ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.

14.О какой функции почек можно судить на основании пробы Зимницкого:

1. Фильтрационной
2. Азоновыделительной
3. Концентрационной

4. Секреторной ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 15.Фильтрация первичной мочи происходит:
1. Через базальную мембрану клубочка
 2. В проксимальном канальце
 3. В петле Генле
 4. В дистальном канальце ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 16.У ребенка 1-го года жизни плотность мочи колеблется от 1,006 г/л до 1,012 г/л. Как Вы оцениваете это состояние:
1. Изогипостенурия
 2. Вариант нормы
 3. Изостенурия
 4. Гиперстенурия ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 17.Как Вы оцениваете представленную пробу Зимницкого: кол-во (мл.) Плотность (г/л)
1. 100- 1,015
 2. 150- 1,025
 3. 70-1,028
 4. 200- 1,012
 5. 80- 1,026
 6. 150- 1,020
 7. 90- 1,026
 8. 200- 1,016
1. Изостенурия
 2. Гиперстенурия
 3. Изогипостенурия
 4. Вариант нормы ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 18.Ограниченная способность к концентрации мочи у детей раннего возраста может зависеть от нижеследующих причин
1. Недостаточное образование АДГ
 2. Незрелость осморцептов
 3. Отсутствие реакции со стороны дистальной части нефрона
 4. Всех перечисленных ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 19.Укажите при помощи каких структур почки осуществляется регуляция кислотно-основного состояния организма:
1. Капилляров клубочка
 2. Базальной мембраны
 3. Канальцевой системы
 4. Интерстициальной ткани ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
20. В каких указанных случаях отмечается желтый цвет мочи с окрашиванием пены:
1. Употребление нитрофурановых препаратов
 2. Прием жаропонижающих лекарств
 3. Эпидемический гепатит
 4. Гемолитическая анемия ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.

Правильный ответ: 1-2; 2-3; 3-4; 4-2; 5-3; 6-4; 7-2; 8-1; 9-3; 10-2; 11-1; 12-2; 13-3; 14-3; 15-1; 16-2; 17-4; 18-4; 19-3; 20-3;

Болезни мочевой системы.

ПИЕЛОНФРИТ; ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ВАРИАНТ-2

1. Для какого заболевания характерна моча вида «мясных помоев»:

1. Пиелонефрит
2. Гломерулонефрит, гематурическая форма
3. Эпидемический гепатит
4. Инфекции мочевых путей ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

2. Каким из приведенных ниже способов проводится подсчет количества форменных элементов в суточной моче:

1. По Нечипоренко
2. По Каковскому-Аддису
3. По Амбурже
4. По Стенофельд-Уеббе (в мм³) ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

3. При каком заболевании Вы назначите анализ мочи на «активные лейкоциты»:

1. Гломерулонефрит
2. Пиелонефрит
3. Тубулопатия
4. Диабетическая нефропатия ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

4. Какова верхняя граница нормы содержания лейкоцитов и эритроцитов при исследовании мочи на Амбурже (за 1 мин.):

Лейкоциты	Эритроциты
1. 1500-2000	750-1000
2. 3000	2500
3. 5000	3000
4. 4500	3500 ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

5. У ребенка с нервно-артрическим диатезом часто коричневый осадок солей в моче. О какой патологии Вы думаете:

1. Нарушение обмена шавелевой кислоты (оксалурия)
2. Фосфатурия
3. Нарушение обмена пуринов (уратурия)
4. Цистинурия ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

6. При каком заболевании в моче обнаруживаются гиалиновые цилиндры:

1. Тубулопатия
2. Гломерулонефрит, нефротическая форма
3. Пиелонефрит
4. Дизметаболическая нефропатия ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

7. При каком заболевании в моче нейтрофильные лейкоциты:

1. Гломерулонефрит
2. Интерстициальный нефрит
3. Пиелонефрит
4. Дизметаболическая нефропатия ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

8. У девочки 4 лет на фоне респираторного заболевания появились боли в животе, частое мочеиспускание. Какой анализ в первую очередь ей необходимо назначить для установления диагноза:

1. Общий анализ мочи
2. Биохимические анализы крови
3. Проба Зимницкого
4. Проба Реберга ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

9. При каком из указанных заболеваний чаще наблюдается дизурические расстройства:

1. Наследственный нефрит
2. Инфекция нижних мочевых путей
3. Тубулопатия
4. Латентный пиелонефрит ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

10. У ребенка 10 лет ночное недержание мочи. Какой из указанных методов обследования Вы назначите в первую очередь:

1. УЗИ
 2. Экскреторную урографию
 3. Урофлуометрию
 4. Микционную цистографию ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 11.Что является показанием для проведения микционной цистографии:
1. Болезненное мочеиспускание
 2. Наличие лейкоцитов в первой порции мочи
 3. Затрудненное прерывистое мочеиспускание
 4. Наличие острой инфекции мочевых путей ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 12.Какой из указанных методов Вы используете в первую очередь при подозрении на опухоль почек:
1. Радиоизотопную ренографию
 2. УЗИ почек
 3. Ретроградную пиелографию
 4. Хромоцистографию ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 13.В патогенезе пиелонефрита имеет важное значение:
1. Наличие обструктивной уропатии
 2. Дисэмбриогенез почечной ткани
 3. Патогенез микробной ткани
 4. Все указанные факторы ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 14.Уриногенный путь инфицирования при пиелонефрите чаще наблюдается у больных:
1. Рефлюксной нефропатии
 2. С дизметаболической нефропатией
 3. С дизэмбриогенезом почечной ткани
- Микробного фактора ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 15.В каком из указанных случаев Вы отнесете ребенка к группе « высокого риска» по пиелонефриту:
1. Страдает хроническим тонзиллитом
 2. Имеет опущение правой почки
 3. Перенес ветряную оспу
 4. Страдает нервно-артритическим диатезом ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 16.Какой микробный возбудитель является наиболее частым этиологическим фактором при пиелонефрите:
1. Протей
 2. Стафилококк
 3. Кишечная палочка
 4. Клебсиелла ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 17.Какой путь проникновения инфекции преобладает у детей 1-го года жизни при пиелонефрите:
1. Лимфогенный
 2. Гематогенный
 3. Уриногенный
 4. Все указанные ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 18.Какой из указанных симптомов характерен для острого пиелонефрита:
1. Отеки
 2. Синдром интоксикации
 3. Гипертония
 4. Анорексия ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.
- 19.Какой синдром является ведущим при латентном пиелонефрите:
1. Синдром хронической интоксикации
 2. Болевой синдром
 3. Дизурический синдром
 4. Мочевой синдром ОПК-7; ОПК-9;ПК-5;ПК-6.

20. Назовите лабораторный признак, наиболее характерный для пиелонефрита:

1. Протеинурия и цилиндрuria
2. Гематурия и протеинурия
3. Бактериурия и лейкоцитурия
4. Гематурия ОПК-7; ОПК-9; ПК-5; ПК-6.

Правильный ответ: 1-2; 2-2; 3-2; 4-1; 5-3; 6 -2; 7-3; 8-1; 9-2; 10-4; 11-3; 12-2; 13-4; 14-1; 15-2; 16-3; 17-2; 18-2; 19-4; 20-3;

Контрольная работа

Билет 1

1. Особенности формирования групп риска развития ИМС у детей.
2. Лабораторные методы оценки мочевого синдрома при ПН у детей.
3. Современная классификация ГН в детском возрасте;

Билет 2

1. Современные методы комплексной терапии различных вариантов ПН;
2. Профилактика, диспансеризации и реабилитации больных с пиелонефритом.
3. Особенности клинических проявлений острого и хронического ГН

Тема 1. Введение в неонатологию. Организация медицинского обслуживания новорожденных в родильном доме

Тесты

№	Укажите один правильный ответ	Ответ
1.	СЕЛЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ ЭТО 1. обследование всех новорожденных 2. обследование всех людей, населяющих данный регион 3. обследование группы риска по данному заболеванию	3
2.	ВРОЖДЕННЫЙ РЕФЛЕКС (СИМПТОМ) БАБИНСКОГО УГАСАЕТ В ВОЗРАСТЕ 1. 2 мес. 2. 3 мес. 3. 3,5 – 4 мес. 4. 4 мес. 5. 12 мес.	5
3.	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ ОТ МАТЕРИ, ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ НОСИТЕЛЕМ НВS– АНТИГЕНА (НВе – ПОЗИТИВНАЯ ЖЕНЩИНА) 1. нет особенностей ведения 2. проведение специфической вакцинации 3. назначение глюкокортикоидной терапии	2
4.	У НОВОРОЖДЕННЫХ НАРУЖНЫЙ СЛУХОВОЙ ПРОХОД 1. имеет только хрящевую часть 2. имеет только костную часть 3. имеет костную и хрящевую часть	1
5.	У новорожденных детей в пищеварительном тракте преобладающим штаммом микроорганизмов являются 1. E.coli 2. B.lactic aerogenes 3. B.Acidophilus 4. Lactobacillus bifidus	4

6.	Очаги кроветворения в печени исчезают к 1. 3 неделям внутриутробной жизни 2. 3 месяцам внутриутробной жизни 3. периоду новорожденности	3
7.	Детей с наследственной патологией рождается 1. менее 1% 2. 1-2% 3. 4-5% 4. 10-12%	3
8.	Сразу после рождения температура тела новорожденного 1. не изменяется 2. понижается 3. повышается	2
9.	Этиотропной терапией ранней анемии недоношенных является назначение 1. переливаний эритроцитарной массы 2. витамин Е 3. рекомбинантного эритропоэтина 4. дексаметазона	3
10.	Транзиторные особенности метаболизма новорожденного включают 1. катаболическую направленность белкового обмена 2. катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию 3. метаболический ацидоз, гипогликемию	1
11.	Транзиторная потеря первоначальной массы тела новорожденного составляет 1. 5-8 % 2. 10-12% 3. более 12%	1
12.	К транзиторным особенностям функций почек новорожденных относятся 1. протеинурия, лейкоцитурия 2. олигурия, лейкоцитурия, мочекислая нефропатия 3. протеинурия, лейкоцитурия, мочекислый инфаркт 4. олигурия, протеинурия, мочекислый инфаркт	4
13.	В соответствии с определением ВОЗ материнская смертность вычисляется на 1. 100 родов 2. 1000 родившихся живыми 3. 100 000 родившихся живыми 4. 1000 женщин	3
14.	Физиологическая желтуха новорожденного развивается в результате 1. повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином 2. гипоальбуминемии 3. снижения активности глюкуронилтрансферазы 4. повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином и гипоальбуминемии 5. повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином, гипоальбуминемии и снижения глюкуронилтрансферазы	1

Тема 2. Внутриутробная гипоксия. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния.

Родовая травма

ТЕСТЫ.

№	Выберите несколько правильных ответов	Ответ
1.	МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ РОДОВОЙ ТРАВМЫ 1) чрезмерное сгибание шейного отдела позвоночника 2) чрезмерное разгибание шейного отдела позвоночника 3) обвитие пуповиной шеи плода 4) сдавление 5) скручивание 6) растяжение	1,2,4,5,6
2.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИВК 1) нарастающая анемия 2) псевдобульбарный синдром 3) тахикардия, снижение АД 4) выбухание большого родничка 5) нистагм 6) апноэ 7) судороги	2, 3, 4, 5, 6, 7
3.	1. ФАКТОРЫ РИСКА ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ 1) хронические соматические заболевания у матери 2) тяжелая гипохромная анемия у матери 3) пороки сердца у матери 4) гестозы беременных 5) перенашивание 6) миопия 7) юный возраст	1, 2, 3, 4, 5
4.	ПОКАЗАНИЯ К ИНТУБАЦИИ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ 1. подозрение на диафрагмальную грыжу 2. необходимость проведения непрямого массажа сердца 3. отсутствие дыхания 4. гестационный возраст менее 27 недель 5. сердцебиения с частотой менее 100 ударов в минуту 6. мекониальная аспирация	1, 2, 4, 6
5.	1. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПАРАЛИЧА ДЮШЕНА-ЭРБА 1) симптом «короткой шеи» 2) выбухание большого родничка 3) болевой синдром 4) симптом «кукольной ручки» 5) симптом «тюленьей лапки», «когтистой лапки» 6) снижение мышечного тонуса в проксимальных отделах руки 7) снижение мышечного тонуса в дистальных отделах руки 8) истинное недержание кала и мочи	1, 3, 4, 6
6.	ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ 1) седуксен 2) ибупрофен 3) дроперидол 4) фенобарбитал 5) фентанил 6) анальгин	2, 5

7.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЭПИДУРАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ 1) симптом Клода-Бернара-Горнера 2) расширение зрачка на стороне патологического очага 3) спастический гемипарез на стороне патологического очага 4) спастический гемипарез на противоположной очагу стороне 5) судорожный синдром 6) тяжелая асфиксия при рождении 7) характерно наличие светлого промежутка	2, 4, 5, 7
8.	ФАКТОРЫ РИСКА РОДОВОЙ ТРАВМЫ 1) стремительные роды 2) затяжные роды 3) обвитие пуповиной шеи плода 4) хроническая внутриутробная гипоксия пода 5) наложение акушерских щипцов 6) несоответствие размеров головы плода размерам таза матери 7) операция кесарева сечения	1, 2, 4, 5, 6
9.	ПРИЧИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 1) гипоксия 2) травма 3) амниоцентез 4) хромосомные aberrации 5) инфекция 6) наследственные болезни, нарушения обмена веществ 7) метаболические и токсические нарушения 8) кесарево сечение	1, 2, 4, 5, 6, 7
10	ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКА МОЗГА 1) магния сульфат 2) маннитол 3) лазикс 4) фенobarбитал 5) дицинон 6) дексаметазон	2, 3, 6, 7

Тема 4. Гемолитическая болезнь новорожденных

тесты

№	Выберите несколько правильных ответов	Ответ
1.	ПРИЧИНЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ НОВОРОЖДЕННЫХ 1) isoиммунный конфликт плода и матери 2) наследственный дефицит ферментов эритроцитов 3) инфекционный гепатит 4) структурные нарушения эритроцитов 5) внесосудистый гемолиз эритроцитов	1, 2, 4, 5
2.	ДЛЯ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНЫ 1) анасарка 2) бледность кожи 3) уровень гемоглобина крови 30-50 г/л 4) выраженная гепатоспленомегалия 5) гипопропротеинемия 6) эритробластоз, нормобластоз	1, 2, 3, 4, 5
3.	ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГБН ПРИМЕНЯЮТ	1, 3, 6

	<ul style="list-style-type: none"> 1) лампы белого света 2) УФО 3) инфузионную терапию 4) свежезамороженную плазму 5) фенобарбитал 6) иммуноглобулины для внутривенного введения 	
4.	<p>ДЛЯ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) желтушность кожи 2) гепатоспленомегалия 3) нормохромная анемия 4) бесцветный стул 5) эритробластоз, нормобластоз 6) нарастание уровня прямого билирубина 7) лейкопения 	1, 2, 3, 5
5.	<p>ЭТАПЫ ОБМЕНА БИЛИРУБИНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) расщепление гемоглобина с образованием биливердина 2) трансформация биливердина в прямой билирубин 3) связывание прямого билирубина с альбумином крови 4) транспорт непрямого билирубина в гепатоциты 5) связывание непрямого билирубина с глюкуроновой кислотой 6) секреция прямого билирубина в просвет желчных капилляров 7) гидролиз прямого билирубина в толстой кишке с образованием уробилиногена 	1, 3, 4, 5, 6, 7
6.	<p>ПРИ ГБН В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НАРАСТАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уровень прямого билирубина 2) уровень непрямого билирубина 3) активность аминотрансфераз 4) уровень прямого и непрямого билирубина 	2
7.	<p>ДЛЯ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тяжелое общее состояние 2) судороги 3) опистотонус 4) бледность кожи 5) уровень билирубина крови 342 мкмоль/л и выше 6) нарушение сердечной деятельности 7) дыхательные расстройства 8) анасарка 	1, 2, 5
8.	<p>ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ ИЗ РАСЧЕТА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 85-95 мл/кг 2) 150-180 мл/кг 3) 100-150 мл/кг 4) 2 ОЦК 	2, 4
9.	<p>ДЛЯ ГБН ХАРАКТЕРНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нормохромная анемия 2) тромбоцитопения 3) ретикулоцитоз 4) псевдолейкоцитоз 5) нормобластоз 6) эозинофилия 	1, 3, 4, 5
10ж	<p>ПОКАЗАНИЯ К ЗАМЕННОМУ ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) титр антител матери более 1:16 2) уровень гемоглобина крови в первые сутки менее 120 г/л 3) уровень билирубина пуповинной крови 40 мкмоль/л и более 4) уровень билирубина крови выше 342 мкмоль/л 5) темп нарастания билирубина выше 6,8 мкмоль/л/ч 6) темп нарастания билирубина выше 9 мкмоль/л/ч 	1, 2, 4, 5

Тема 6. Геморрагическая болезнь новорожденных

тесты.

№	Выберите несколько правильных ответов	Ответ
1.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1) петехии, экхимозы 2) желтуха 3) пупочное кровотечение 4) кровоизлияния во внутренние органы 5) отеки 6) желудочно-кишечное кровотечение	1, 3, 4, 6
2.	ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ: 1) тромбоциты $150-400 \times 10^9/\text{л}$ 2) протромбиновое время 20 сек 3) время свертывания 2-4 мин 4) время свертывания 10 мин 5) время кровотечения 4 мин	1, 2, 4, 5
3.	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА НОВОРОЖДЕННЫХ 1) гиперкоагуляция цельной крови 2) высокий уровень антикоагулянтов 3) низкий уровень прокоагулянтов 4) низкая агрегационная способность тромбоцитов 5) повышенная проницаемость сосудистой стенки	1, 3, 4, 5
4.	ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ 1) недоношенность 2) асфиксия 3) заболевания сердечно-сосудистой системы у матери 4) отсутствие грудного вскармливания 5) роды путем кесарева сечения 6) многоплодие 7) медицинские аборт в анамнезе у матери	1, 2, 4, 5, 6
5.	КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ 1) ранняя 2) классическая 3) поздняя 4) атипичная	1, 2, 3
6.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) викасол 2) эписилон-аминокапроновую кислоту 3) свежзамороженную плазму 4) гемостатическую губку 5) адроксон	1, 2, 3, 4, 5, 6

	б) эритроцитарную массу 7) заменное переливание крови	
7.	ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 1) сепсис 2) внутриутробные инфекции 3) гемолитическая болезнь 4) тяжелая асфиксия 5) геморрагическая болезнь 6) анемия	1, 2, 4, 5
8.	ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ СИНТЕЗА ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ 1) I фактора 2) II фактора 3) V фактора 4) VII фактора 5) IX фактора 6) X фактора 7) XI фактора	2, 4, 5, 6
9.	ДЛЯ РАННЕЙ ФОРМЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНЫ 1) кровавая рвота в первые часы после рождения 2) легочное кровотечение 3) носовое кровотечение 4) кровоизлияние в надпочечники 5) кефалогематома 6) кожные геморрагии	1, 2, 4, 5, 6
10	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРОВОДИТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: 1) хирургическая патология желудочно-кишечного тракта у новорожденного 2) синдром заглоченной крови 3) гемофилия 4) анемия 5) аспирация мекония 6) тромбоцитопения 7) ДВС синдром	1, 2, 3, 6, 7

Тема 7. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Заболевания пупочного канатика, пупочной раны и пупочных сосудов

тесты.

№	Выберите несколько правильных ответов	Ответ
---	---------------------------------------	-------

1.	<p>АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ И ПОДКОДНОЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>1) тонкий роговой слой 2) рыхлый, богатый водой эпидермис 3) слабая связь между эпидермисом и дермой 4) кислая реакция секрета кожи 5) широкие прямые выводные протоки потовых желез 6) недоразвитие соединительнотканых перегородок подкожно-жировой клетчатки 7) богатая васкуляризация</p>	1, 2, 3, 5, 6
2.	<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУПОВИННОГО ОСТАТКА, ПУПОЧНОЙ РАНКИ И ПУПОЧНЫХ СОСУДОВ</p> <p>1) флегмонозный омфалит 2) фунгус пупка 3) амниотический пупок 4) гангрена пуповинного остатка 5) язва пупка 6) мокнущий пупок 7) флебит пупочной вены</p>	1, 4, 5, 6, 7
3.	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МОЛОЧНИЦЫ</p> <p>1) островки белого цвета на слизистых рта и языка 2) налет легко снимается тампоном 3) эрозии и язвочки на слизистой рта 4) признаки общей интоксикации 5) плоская весовая кривая 6) клинические признаки возникают на 5-14 день жизни</p>	1, 2, 6
4.	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА</p> <p>1) пузырьки с прозрачным, а затем мутным содержимым 2) фликтены 3) гипертермия 4) элементы окружены венчиком гиперемии 5) общая интоксикация 6) доброкачественное течение 7) общее состояние нарушено 8) локализуются в естественных складках, на волосистой части головы</p>	1, 4, 6, 8
5.	<p>ДЛЯ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ДЕРМАТИТА РИТТЕРА ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>1) вялые пузыри размером более 3 см 2) гиперемия, обширные эрозивные поверхности на туловище и конечностях 3) положительный симптом Никольского 4) гипертермия 5) признаки общей интоксикации 6) большие сферические напряженные пузыри</p>	1, 2, 3, 4, 5
6.	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗА ФИГНЕРА</p> <p>1) поверхностные пустулы 2) подкожные узлы величиной от горошины до лесного ореха 3) общее состояние ребенка не нарушено</p>	2, 4, 5

	4) часто нарушение общего состояния, повышение температуры от субфебрильных до фебрильных цифр 5) увеличение регионарных лимфоузлов	
7.	ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 1) дефекты ухода 2) гипотрофия 3) искусственное вскармливание 4) перегревание 5) паратрофия	1, 2, 4
8.	КАРТИНА КРОВИ ПРИ ПУЗЫРЧАТКЕ НОВОРОЖДЕННОГО 1) количество эритроцитов $4,5 \times 10$ 2) гемоглобин 200 г/л 3) количество лейкоцитов 21×10 4) количество тромбоцитов 300×10 5) палочкоядерные 11% и более	3, 5
9.	ПРИЗНАКИ ГНОЙНОГО МАСТИТА У НОВОРОЖДЕННОГО 1) возникает на фоне нагрубания молочных желез 2) поражена всегда одна молочная железа 3) общее состояние ребенка не страдает 4) сопровождается нарушением общего состояния, появляются признаки интоксикации 5) гиперемия кожи вокруг молочной железы	1, 4, 5
10	К СТРЕПТОДЕРМИЯМ ОТНОСЯТСЯ 1) рожа 2) вульгарная эктима 3) мастит 4) паронихии 5) эксфолиативный дерматит Риттера 6) адипонекроз	1, 2, 4

Тема 8. Пневмонии новорожденных. Сепсис новорожденных тесты.

№	Укажите один правильный ответ	Ответ
1.	АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ 1) качественная незрелость фагоцитоза 2) низкая функциональная активность Т-и В-лимфоцитов. 3) отсутствие секреторного иммуноглобулина А 4) низкое количество В-лимфоцитов 5) низкая барьерная функция лимфоузлов	1, 2, 3, 5
2.	ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ 1) тромбоцитопатия 2) ретикулоцитоз 3) увеличение количества палочкоядерных форм 4) нейтропения 5) анемия 6) тромбоцитопения 7) нейтрофильный индекс ≥ 0.4	2, 3, 4, 6, 7, 8

	8) токсичная зернистость нейтрофилов	
3.	<p>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТЕОМИЕЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>1) лихорадка 2) рентгенологические изменения к концу 3-ей недели болезни 3) ограничение движений пораженной конечности 4) отек 5) болезненность при пальпации и движении 6) рентгенологические изменения в середине 1-й недели болезни</p>	1, 2, 3, 4, 5
4.	<p>ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ</p> <p>1) интубация трахеи. 2) катетеризация пупочной вены 3) раздельное с мамой пребывание 4) срыгивания 5) дисбактериоз 6) асфиксия при рождении 7) длительные курсы антибиотикотерапии у ребенка</p>	1, 2, 3, 6, 7
5.	<p>ИСТОЧНИКИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>1) больные с острыми инфекционными процессами 2) носители патогенных микроорганизмов 3) предметы ухода 4) больные с хроническими очагами инфекции 5) молочная смесь, питьевые растворы</p>	1, 2, 3, 4, 5
6.	<p>В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИС ПОЛЬЗУЮТ АНТИБИОТИКИ</p> <p>1) бактериостатические 2) бактерицидные 3) сочетание двух бактерицидных 4) сочетание бактерицидного и бактериостатического</p>	2, 4
7.	<p>АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ</p> <p>1) длительный тяжелый гестоз 2) многочисленные аборт в анамнезе 3) интубация трахеи при рождении 4) длительный безводный промежуток 5) бактериальный вагиноз у матери 6) частые влагалищные исследования до родов 7) длительное нахождение в родильном доме</p>	2, 4, 5, 6
8.	<p>ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ</p> <p>1. клинические проявления в первые сутки после рождения 2. клинические проявления на 3-и сутки жизни и позже 3. чаще, как осложнение ОРВИ 4. желтуха с первых суток жизни 5. вялость 6. бледность кожи 7. участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания 8) обильные срыгивания</p>	2, 3, 4, 5, 6, 7
9	<p>ОБСЛЕДОВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ</p> <p>1. клинический анализ крови и мочи 2. рентгенография органов грудной клетки 3. исследование ликвора 4. исследование газового состава крови 5. бронхоскопия 6. бактериологическое обследование 7) иммунограмма</p>	1, 2, 4, 6, 7
10	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ</p> <p>1. лихорадка</p>	2, 3, 4, 6, 7

	2. гипотермия 3. дыхательная недостаточность 4. срыгивания 5. кашель 6. увеличение печени и селезенки 7) токсикоз	
--	--	--

Тема 9. «Задержка внутриутробного развития плода.

Недоношенные дети»– тесты.

№	Укажите один правильный ответ	Ответ
1.	ДЛЯ ГИПОТРОФИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ЗВУР ХАРАКТЕРНЫ 1. истончение подкожно-жировой клетчатки 2. гипогликемия 3. трофические изменения кожи 4. диспропорциональное телосложение 5. стигмы дисэмбриогенеза	1, 2, 3, 4
2.	ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗВУР 1. геморрагические расстройства 2. синдром аспирации мекония 3. гипогликемия 4. гипокальциемия 5. гипербилирубинемия	1, 3, 4, 5
3.	ПО ШКАЛЕ ПЕТРУССА ОЦЕНИВАЮТ 1. цвет кожи 2. исчерченность стоп 3. выраженность лануго на коже 4. ушные раковины 5. ареолы соков 6. наружные половые органы 7. подкожно-жировой слой	1, 2, 4, 5, 6
4.	ФАКТОРЫ РИСКА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ 1. патологическое предлежание 2. многоплодная беременность 3. низкая масса тела у матери 4. обвитие пуповиной шеи плода 5. преждевременное старение плаценты 6. сахарный диабет у матери 7. врожденный порок сердца с нарушением кровообращения у матери 8. преждевременная отслойка плаценты	1, 2, 3, 5, 7
5.	ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ 1. без защиты промежности 2. более широкое применение эпизио- и перинеотомии 3. пудендальная анестезия 4. извлечение путем операции кесарева сечения 5. извлечение путем операции кесарева сечения при сроке гестации менее 27 недель 6. не оказывать пособие по цовьяновут при тазовом предлежании плода массой менее 2000 г 7. избегать применения для обезболивания морфина, промедола	1, 2, 3, 5, 6, 7
6.	НЕЗРЕЛОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НЕДОНОШЕННЫХ 1. позднее закрытие артериального протока 2. открытое овальное окно	1,3, 4, 5

	<ul style="list-style-type: none"> 3. тахикардия 4. низкое АД 5. лабильность показателей АД, ЧСС 	
7.	ОСОБЕННОСТИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ <ul style="list-style-type: none"> 1. незрелость центральных механизмов теплообмена 2. относительно большая поверхность тела 3. выраженная гипертермия при инфекциях 4. тонкий подкожно-жировой слой 5. малые запасы бурого жира 6. отсутствие бурого жира 	1, 2, 4, 6
8.	НЕЗРЕЛОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НЕДОНОШЕННЫХ <ul style="list-style-type: none"> 1. низкая растяжимость легких 2. низкий синтез сурфактанта 3. структурная незрелость сурфактанта 4. низкое расположение купола диафрагмы 5. высокая проницаемость альвеолярных мембран 6. дыхание типа Чейн-Стокса 	1, 2, 3, 5
9	ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НЕДОНОШЕННЫХ <ul style="list-style-type: none"> 1. снижена перистальтика кишечника 2. снижена активность лактазы 3. спазм кардиального отдела пищевода 4. низкая способность продукция пепсиногена 5. малый объем желудка 	1, 2, 4, 5
10	К СТИГМАМ ДИСЭМБРИОГЕНЕЗА ОТНОСЯТ <ul style="list-style-type: none"> 1) эпикант 2) брахицефалия 3) микрофтальмия 4) полидактилия 5) открытый артериальный проток 6) косолапость 7) удвоение почек 	1, 2, 3, 5

Задачи:

Содержание

Тема 1. Вводное занятие. Требования к работе в отделений. Знакомство со схемой заполнении истории болезни. Объективный осмотр. Методика обследования. Физическое развитие детей раннего возраста. Питание здорового и больного ребенка.

Тема 2. Аномалий конституций у детей (экссудативный - катаральный, нервно - артритический и лимфатико- гипопластический диатез). Атопический дерматит. Этиология, патогенез.

Тема 3. Витамин «Д»- дефицитный рахит этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика Д - дефицитного рахита. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.

Тема 4. Анемический синдром. F-дефицитные анемии.

Тема 5. Врожденные пороки сердца у детей.

Тема 6. Анатомио - физиологические особенности системы пищеварения. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста.

Тема 7. Функциональные нарушения пищеварительного тракта. Пилоростеноз. Белковая-энергетическая недостаточность. Нутритивная поддержка.

Раздел 8. Пульмонология раннего возраста.

Тема. 9. Острый бронхит. Дифференциальный диагноз с бронхообструктивным синдромом.

Тема 10. Острая пневмония у детей раннего возраста. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение. Острая дыхательная недостаточность. Неотложная помощь.

Тема. 11. Хр. бронхит. Этиология. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика
Тема. 12. Плевриты у детей этиология диагностика и лечение
Тема. 13. Аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей. (аллергические риниты, стеноз гортани, поллинозы, отек Квинке и.т д.)
Тема 14. Бронхиальная астма. Современные представления об этиопатогенезе, классификации. Принципы диагностики. Лечение.
Тема. 15. Симптоматическая и базисная терапия астмы. АСИТ. Астматический статус.
Тема. 16. Основы ЭКГ. Особенности ЭКГ у детей.
Тема. 17. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
Тема 18. Неревматические кардиты у детей. Патогенез. Клиника, диагностика и лечение.
Тема 19. Острая и хроническая сердечная недостаточность. Лечение. Неотложная помощь.

Тема 2. Аномалий конституций у детей (экссудативный - катаральный, нервно - артритический и лимфатико - гипопластический диатез). Атопический дерматит.
ОК-7;ОПК-1;ОПК-8;ОПК-9; ОПК-10;ПК-5;ПК-6; ПК-8;ПК-9;ПК-10; ПК-11;

ЗАДАЧА 1

На консультативном приеме осмотрена девочка 1,5 лет. В двухмесячном возрасте отмечены проявления аллергического диатеза. Родилась от второй беременности, протекавшей с токсикозом II половины. На грудном вскармливании находилась до 2 мес. Обострения кожных проявлений мать связывает с употреблением молока и яиц.

Наследственность: у матери рецидивирующая крапивница. При осмотре ребенка на разгибательной поверхности голеней и предплечий кожа ярко гиперемирована, отечна, покрыта микровезикулами с мокнутием в виде «колодцев».

Анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 10 %, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 42 % , лимфоциты - 43 % , моноциты - 4 % .

Общий Ig E сыворотки - 10 МЕ/мл (норма - 20 МЕ/мл).

Тесты с аллергенами молока и яйца: реакция дегрануляции тучных клеток - сомнительная, реакция лейкоцитоллиза - отрицательная, реакция угнетения миграции лейкоцитов - положительная, внутрикожный тест - положительный (через 24 ч).

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой тип аллергической реакции описан в задаче?
3. Основные цели и направления в лечении больных с данной патологией.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-5:ПК-6;ПК-8;ПК-9.

ЗАДАЧА 2

У мальчика Е., 3 лет, после употребления вареной рыбы появились зуд и отек в области губ, жжение языка, уртикарная сыпь на лице, боли в животе, учащенный разжиженный стул.

Анамнез болезни: в возрасте 5,5 месяцев после перехода на искусственное вскармливание (молочная смесь «Малютка») у ребенка впервые появились изменения на коже в виде яркой гиперемии щек и ягодиц, которые купировались через несколько дней на фоне замены молочной смеси на гипоаллергенную («НАН ГА») и антигистаминных препаратов. На втором году жизни подобные кожные изменения стали появляться после употребления цельного коровьего молока, апельсинов, клубники, шоколада, но почти полностью исчезали при соблюдении гипоаллергенной диеты. К концу третьего года изменения на коже стали более распространенными, а в области запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок появились стойкие участки гиперемии и лихенизации. Мать ребенка страдает контактной экземой.

При осмотре: мальчик повышенного питания, беспокоен, плачет, постоянно чешет лицо и кусает губы. На лице крупная уртикарная сыпь, многочисленные эскориации. На коже запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок определяются участки гиперемии с мокнутием и корками. Губы и язык отечны и гиперемированы, видны следы от укусов зубов, слизистая оболочка полости рта чистая, отечная, ярко гиперемирована. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Общий анализ крови: Hb – 112 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с – 34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (N=1:30), к белку коровьего молока 1:920 (N=1:80).

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к β -лактальбумину и овальбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
 2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
 3. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
 4. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
 5. Назначьте лечение.
 6. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
 7. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
 8. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у гр-ых детей?
 9. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии псевдоаллергических реакций?
 10. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?
 11. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
 12. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
- ОК-7;ОПК-1;ОПК-8;ОПК-9; ОПК-10;ПК-5;ПК-6; ПК-8;ПК-9;ПК-10; ПК-11;

ЗАДАЧА 3

Антон В., 6 месяцев, поступил в больницу с направляющим диагнозом: Детская экзема, период обострения.

Анамнез: ребенок от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2850 г, длина 50 см. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев. Вскоре после перевода ребенка на искусственное вскармливание (смесь «Агуша») на коже щек появились зудящие участки покраснения с микровезикулами, мокнутием и корками. В дальнейшем проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Хумана», «НАН» и др.), на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодицы, верхние и нижние конечности, туловище; усилился зуд. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. Три дня назад после введения прикорма (овсяная каша на козьем молоке) кожные проявления усилились, появилось выраженное беспокойство (ребенок почти не спит), учащенный разжиженный стул со слизью. Мать ребенка страдает нейродермитом, у отца – поллиноз.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, резко беспокоен. На волосистой части головы проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». На коже повсеместно (за исключением спины) имеются участки эритемы с мокнутием и серозными корками. За ушами, в области шейных складок, локтевых и подколенных сгибов, промежности – участки мокнутия с мелкопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 114 уд/мин. Живот безболезненный при пальпации, слегка вздут, урчание по ходу толстого кишечника. Печень + 3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавленными комочками и слизью.

Общий анализ крови: Hb – 101 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8, Лейк – $11,2 \times 10^9/л$, п/я – 7%, с/я – 33%, эоз – 9%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, железо – 8,1 мкмоль/л (N=10,4–14,2), общая железосвязывающая способность – 87,9 мкмоль/л (N=63,0-80,0).

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 830 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена средней ст. сенсibilизация (+++) к β-лактальбумину, овальбумину, глиадину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом?
2. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
4. Можно ли на основании анамнеза и результатов обследования подтвердить диагноз?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
7. Назначьте лечение.
8. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
9. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
10. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
11. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов?
12. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?

ОПК-1;ОПК-8;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10

Тема 4. Витамин «Д»- дефицитный рахит.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ОПК-10;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-14.

ЗАДАЧА 1

частковому педиатру обратилась мама с 6-месячным мальчиком.

лобы: за последний месяц у ребенка появились беспокойство, повышенная гливость, вздрагивание, нарушение сна и аппетита. Ребенок от IV беременности, с токсикозом, ты в срок, в октябре, с массой 3900 г, длиной 50 см. Грудное вскармливание до 1мес., затем искусственное (неадаптированными смесями). С 2-х месяцев - каши (овсяная, манная). Фруктовые и пюре не получает. Живет в комнате общежития, обращенной на север, мать воспитывает ребенка одна. Гуляет мало, массаж и гимнастика не проводятся. Объективно: ребенок беспокойный. кожный покров влажный, в паховых складках - опрелости, стойкий красный дермографизм. Тургор кожи снижен. Опора на ноги отсутствует. Масса тела 7900 г, длина тела – 64 см. При осмотре головы - облысение и уплощение затылка, размягчение костей черепа вдоль сагиттального шва и по краям большого родничка, размеры большого родничка 4х4 см, очаги размягчения теменной кости диаметром 0,9-1,0 см. Деформация грудной клетки «куриная грудь», податливость ребер, Гриссонова борозда, нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус снижен, живот мягкий, распластаный. В легких пузырное дыхание, хрипов нет, ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 ударов в мин. Живот слегка вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, край мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, 1 раз в день. Анализ крови: гемоглобин - 115 г/л; эритроциты - $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $5,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 38%; эозинофилы - 2%; лимфоциты 1%; моноциты - 7%; СОЭ - 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л; билирубин общий – 1,97 мкмоль/л; непрямая фракция – 1,70 мкмоль/л; прямая фракция – 0,27 мкмоль/л; кальций общий - 1,87 ммоль/л; фосфор 0,75 ммоль/л; щелочная фосфатаза- 930 ед.

Вопросы:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Каковы причины возникновения данного заболевания.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.В консультации каких специалистов нуждается ребенок.
- 5.Назначьте лечение.
- 6.Составьте план диспансерного наблюдения.
- 7.Каков прогноз данного заболевания.

ОПК-1;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-14.

ЗАДАЧА 2

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 пузырное 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: Нв – 110 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 32%, эоз – 2%, лимф – 57%, мон – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – отсутствует, эпителий – нет, лейкоц – 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.
12. Для чего проводится проба мочи по Сулковичу?
13. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
14. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальный диагноз?

ОПК-1;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-14.

ЗАДАЧА 3

Ребенок 7 месяцев доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу в связи с остро развившимся приступом судорог.

Из анамнеза: ребенок родился в августе от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины, роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. С 2-х месяцев находится на нерациональном искусственном вскармливании, получал преимущественно кисломолочные смеси, с 4 месяцев – кефир. В настоящее время получает кефир по 200,0 мл 2 раза/сут, молочную кашу по 200,0 мл 2 раза/сут, овощное пюре 200,0 г 1 раз/сут. Ребенок избыточно прибавлял в массе, в настоящее время весит 9,5 кг. В 4 месяца диагностирован рахит, получал лечение витамином Д в течение 3 недель. В последние недели мама стала чаще гулять с ребенком в солнечную погоду.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$, насморк, редкий влажный кашель, активно сопротивляется осмотру, кричит. Внезапно на высоте крика наступила остановка дыхания, потеря сознания, цианоз кожных покровов, возникли вначале тонические, затем клонико-тонические судороги. После купирования приступа судорог температура тела нормальная, менингеальных симптомов нет. У ребенка отмечается уплощение затылка, выражены лобные и теменные бугры, большой родничок $3,5 \times 3,5$ см. Выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «реберные четки», зубы отсутствуют. Отмечаются преходящий карпо-педальный спазм, положительный симптом Хвостека. Кожа чистая. В легких пуэрильное

дыхание, ЧД=32/мин. Тоны сердца звучные, ЧСС=140 уд/мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Стул нормальный. Ребенок мало эмоционален, не сидит, переворачивается редко, отмечается повышенная возбудимость.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $10,4 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 23%, эоз – 3%, лимф – 60%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет сол-желтый, отн. плотн. – 1015, лейк – 2-3 в п/зр, эр – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, альбумины – 30 г/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,75 ммоль/л, фосфор – 1,8 ммоль/л, щелочная фосфатаза 980 ЕД/л (N до 600), глюкоза – 3,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
 3. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу.
 4. Чем объясняются изменения со стороны костно-мышечной и нервной системы?
 5. Найдите патологические отклонения в биохимическом анализе крови. Как их можно объяснить?
 6. Укажите причину судорог. Является ли это состояние жизнеугрожающим?
 7. Какие варианты заболевания Вам известны?
 8. Какие условия могут способствовать нарушению фосфорно-кальциевого обмена у грудных детей?
 9. Роль паращитовидных желез в регуляции фосфорно-кальциевого обмена.
 10. Какую неотложную помощь следует оказать ребенку?
 11. Какую терапию следует назначить после купирования приступа судорог?
 12. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
 13. Отмечается ли у ребенка избыток массы? Требуется ли коррекция рациона питания?
 14. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению в амбулаторных условиях.
- .ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ОПК-10;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-14.

Тема 5. Анемический синдром. F-дефицитные анемии.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9,

ЗАДАЧА 1

Девочка, 1 год 2 мес., поступила в детское отделение с жалобами на вялость, выраженную бледность, отсутствие аппетита. Девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, от

срочных родов, осложнившихся кровотечением. Мать не использовала дородовой отпуск, работала парикмахером. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 50 см. С рождения находится на грудном вскармливании до 2 месяцев, далее на искусственном вскармливании, получала только коровье молоко (1,5 л в сутки). В возрасте 9 месяцев заболела ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Семья состоит из трех человек, общий доход семьи – ниже прожиточного уровня, проживают в частном доме с печным отоплением. Прогулки на свежем воздухе осенью и зимой не каждый день, в течение часа.

При поступлении: состояние тяжелое, вялость, адинамия, заторможенность. Кожа бледная, с восковым оттенком, эластичность её снижена. Слизистые бледные, сухие, в углах рта – заеды. Истончение и слоистость ногтей, волосы тусклые. Язык лакированный, лишен сосочков на всём протяжении. Мышечная гипотония. Тургор тканей снижен. Масса тела – 11,5 кг, длина тела – 76 см. В легких дыхание пуэрильное, частота дыхания 28 в 1

минуту. Тахикардия – до 140 в 1 минуту, выслушивается интенсивный систолический шум на верхушке сердца и в V точке Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, определяется край селезенки. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,64, ретикулоциты - 0,4%, тромбоциты - 185×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 28%, лимфоциты - 64%. моноциты - 5%, СОЭ-10 мм/ч, микроцитоз, анизоцитоз.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
 2. Назовите возможные причины развития заболевания.
 3. Перечислите основные патологические синдромы.
 4. Проведите дифференциальный диагноз.
 5. Назначьте дополнительное обследование.
 6. Составьте план лечения.
 7. Составьте план диспансерного наблюдения.
- ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9,

ЗАДАЧА 2

Девочка 3., 1 года, поступила в клинику по направлению участкового педиатра с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза».

Анамнез: ребенок от I нормально протекавшей беременности и родов. При рождении масса тела 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание смесью «Агуша». С 4 до 11 месяцев девочка находилась у бабушки в деревне, где вскармливалась кашами на козьем молоке, собственными овощами, ягодами и соками, мясо не ела («отказывалась», со слов бабушки). В деревне врачами не наблюдалась, профилактические прививки не проводились. В последнее время стала вялой и капризной, снизился аппетит, периодически ела землю. Бабушка вызвала мать, которая увезла ребенка в Москву для обследования. При обследовании было обнаружено снижение уровня Hb (72 г/л) и цветового показателя (0,58). Мать госпитализировала ребенка через 2 недели после рекомендации педиатра.

При поступлении: состояние девочки тяжелое, вялая, раздражительная. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожи и видимых слизистых. Склеры светлые. В углах рта «заеды». Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка у края подреберья. Моча и стул обычной окраски. Психомоторное развитие соответствует возрасту 9-10 мес.

Общий анализ крови: Hb – 54 г/л, Эр – $2,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,53; ретикулоциты – 1,1%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 20%, лимф – 66%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, билирубин общий – 22,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 3,5 мкмоль/л, ферритин – 4,7 мкг/л (N=60-200), железо – 3,1 мкмоль/л (N=10,4-21,5), общая железосвязывающая способность – 103,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,010, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зр., Эр – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр. (троекратно).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
 3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
 4. Перечислите причины, приведшие к развитию заболевания у данного ребенка.
 5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
 6. Каковы механизмы развития систолического шума?
 7. С чем связана задержка психомоторного развития ребенка?
 8. Назначьте лечение.
 9. Нуждается ли данный ребенок в переливании крови или ее компонентов?
 10. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
 11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?
- ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9,

ЗАДАЧА 3

Настя И., 1 года 4 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Агуша»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). В возрасте 1 года девочку отправили за город, где она получала каши на коровьем молоке, творог, фрукты, овощи, от мяса отказывалась. За 3 месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. После возвращения в Москву в анализе крови выявлено снижение уровня Hb (81 г/л), ускорение СОЭ (15 мм/ч).

При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под реберного края. Селезенка у реберного края. Моча и стул обычной окраски. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: Hb – 81 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,68; ретикулоциты – 1,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 22%, лимф – 64%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: белок – 68 г/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, ферритин – 7,5 мкг/л (N=60–200), железо – 5,3 мкмоль/л (N=10,4–21,5), общая железосвязывающая способность – 98,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зрения, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр. (тремякратно).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?

5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. Существует ли взаимосвязь у ребенка между основным заболеванием и приверженностью к частым респираторным вирусным инфекциям?
8. Назначьте лечение.
9. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
10. Какова продолжительность терапии основного заболевания?
11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9,

Тема 6. Врожденные пороки сердца у детей.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14;ПК-15;ПК-16

ЗАДАЧА 1

Больная З., 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правой парастернальной линии, левая – по левой аксиллярной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС – 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Клинический анализ крови: Нв – 148 г/л, Эр -4, 9×10^{12} /л, Ц.п.- 0,9, Лейкоциты - $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность - 1014, белок – отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 ЕД/л (норма –до 40), АСТ - 19 ЕД/л (норма – до 40), серомукоид - 0,180 (норма –до 0,200).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол» ?
4. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения ?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Сроки оперативного лечения.
7. С какой целью проводилась новорожденному ребенку закрытая атриосептостомия?
8. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?

9. Назовите неблагоприятные факторы, способствующие формированию врожденных пороков сердца у детей?
10. Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков синего типа?
11. Какое направление действия сердечных гликозидов реализуется при данном пороке?
12. Почему при сердечной недостаточности отмечается повышенная потливость?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;Пк-10;ПК-11;ПК-14

ЗАДАЧА 2

Мальчик С. родился от второй беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе, токсокозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточностью, первых родов на 32-й неделе (первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса тела при рождении 1870 г, длина тела - 42 см, окружность головы – 30 см, грудной клетки – 28 см. В раннем неонатальном периоде перенес тяжелый СДР (первичные диссеминированные ателектазы), до 6-х суток находился на ИВЛ.

На 13-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 –87 в минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах – мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС – 180 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 0,5 см.

Общий анализ крови: Нв-160 г/л, эр- $6,7 \times 10^{12}/л$, , лейкоц - $5,4 \times 10^9/л$, п/я -2%, с -32%, э -2%, л - 54%, м -10%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 56 г/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике, талия сглажена. КТИ = 60%. Тень сосудистого пучка незначительно расширена.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 180 в минуту. ЭОС отклонена влево. Отмечаются признаки нарушения трофики миокарда желудочков.

ЭхоКГ: левые отделы сердца увеличены. Отмечается ускорение движения створок митрального клапана. Визуализируется открытый артериальный проток, размеры 2,5 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины могли привести к развитию данного заболевания у этого ребенка?
3. Как в норме происходит перестройка кровообращения после рождения?
4. С чем связано наличие хрипов в легких у ребенка?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
6. Какие осложнения характерны для данной патологии?
7. Какова дифференциальная диагностика гепатолиенального синдрома в данном случае?
8. Перечислите морфологические и функциональные особенности дыхательной и сердечно-сосудистой системы у недоношенного ребенка.
9. Какое лечение необходимо ребенку (принципы терапии) ?
10. Консультации каких специалистов необходимы ребенку?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;Пк-10;ПК-11;ПК-14

ЗАДАЧА 3

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и усиление цианоза при физическом и эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов – с 6-месячного возраста. При кормлении отмечается быстрая утомляемость, вплоть до отказа от груди. Бронхитом и пневмонией не болел.

При осмотре: кожные покровы с диффузным цианотичным оттенком, выраженным акроцианозом. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 150 в 1 мин, ЧД – 56 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, второй тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: гематокрит – 49% (норма 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, Эр – $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк – $6,1 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 26%, э – 1%, л- 64%, м – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1004, белок, глюкоза – отсутствуют, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, эритроциты – отсутствуют, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180 (норма до 0,200)

Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 62 мм.рт.ст. (норма 80-100), рСО₂ – 50 мм.рт.ст. (норма 36-40), рН- 7,29, ВЕ = -8,5 ммоль/л (норма - 2,0 - +2,0).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Как объяснить появление таких симптомов как «барабанные палочки» и «часовые стекла»?
5. В какие сроки жизни появляется диффузный цианоз при этом пороке – с рождения или позже? Почему?
6. Чем объяснить наличие у ребенка тахикардии и одышки?
7. Какие изменения обнаруживаются при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
8. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
9. Если назначение сердечных гликозидов не показано, то почему? Какое направление действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в данной ситуации?
10. Определите терапевтическую тактику.
11. Каковы наиболее частые осложнения оперативного лечения данного порока?
12. Какие нарушения сердечного ритма и проводимости являются наиболее частыми в послеоперационном периоде?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14;ПК-15;ПК-16

Тема 2. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста.

ОПК-1; ОПК-7; ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5; ПК-6;ПК-8;ПК-9.

ЗАДАЧА 1

К участковому педиатру обратилась мама с девочкой 6 месяцев с жалобами на бледность, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от 5-й беременности, 2-х срочных родов. Масса 3500 г, длина тела 51 см. настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II половины. Во время беременности мать перенесла пневмонию (23 недели), анемию (34 недели). Работает на производстве, где имеются химические красители. Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвертая - срочными родами. К груди девочка приложена на вторые сутки. Выписана из родильного дома на 7-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочка находилась 1 месяц жизни, после чего

переведена на искусственное (у матери агалактия) - коровьим молоком, прикормы не получает. При осмотре выявлено, что ребенок вялый, плаксивый. Масса тела 6000 г, длина 62 см.

Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на нижних и верхних конечностях. Кожа бледная с «мраморным» рисунком, сухая, эластичность снижена. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Слизистые, сухие. Волосы тонкие и редкие. Язык обложен белым налетом, на языке языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и мышц снижены. Живот увеличен из-за гипотонии мышц живота, атонии кишечника и метеоризма. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, 150 в 1 минуту, систолический шум на верхушке. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий. Печень на 3,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется на уровне 3 см из-под края реберной дуги. Стул отмечается склонность к запорам.

Анализ крови: гемоглобин - 72 г/л; цветовой показатель - 0,7; эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,6 \times 10^9/л$; палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 38%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 51%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Вероятные причины патологических состояний.
3. Перечислите основные патологические синдромы.
4. Назначьте дополнительное обследование.
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок
6. Назначьте ребенку кормление.
7. Составьте план лечебных мероприятий.
8. План диспансерного наблюдения.

ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2; ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9

ЗАДАЧА 2

Часто болеющему ребенку 3 месяцев был поставлен диагноз «Гипотрофия». Ребенок вялый, апатичный, грудь берет неохотно, сосет вяло. Дефицит массы тела 25%, подкожно-жировой слой отсутствует на животе, резко снижен на конечностях, тургор тканей снижен. Стул с наклоном к запорам, мочеиспускание редкое.

Вопросы.

Какая степень тяжести гипотрофии у данного ребенка?

Какие причины могли привести к развитию гипотрофии?

Какова тактика назначения питания при этом состоянии?

Как рассчитать белки, жиры и углеводы при назначении питания данному больному?

Какое лечение еще следует назначить данному больному?

ОПК-1; ОПК-7; ОПК-8;ПК-1;ПК-2;ПК-5; ПК-6;ПК-8ПК-9

ЗАДАЧА 3

Девочка 2 месяцев родилась от первой беременности, от здоровой матери 22 лет, которая в первом триместре беременности перенесла ОРЗ с высокой температурой, сохранявшейся около недели. Мать лечилась только народными средствами, антибиотиков не принимала. Девочка родилась на 40-й неделе гестации, через естественные родовые пути. Роды протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела – 51 см, оценка по шкале Апгар 8 /9 баллов. Находится на грудном вскармливании, к груди прикладывается по требованию. Масса тела ребенка в 1 месяц – 3700 г, в 2 месяца – 4200 г. Весовая кривая уплощена. Индекс Чулицкой 15 см, подкожный жировой слой истончен на животе, незначительно снижен тургор тканей. Других отклонений не отмечается. Appetit сохранен. В предшествующие 2 месяца ребенок не болел. Нервно-психическое развитие соответствует календарному возрасту.

ВОПРОСЫ:

- 1) Соответствует ли масса тела данного ребенка календарному возрасту?
- 2) Какое состояние можно диагностировать у этой девочки? Представьте обоснование.
- 3) Какие причины могли привести к появлению такого состояния?
- 4) Каковы Ваши действия для подтверждения предположения о диагнозе?
- 5) Какова должна быть тактика ведения данного ребенка?
- 6) Нуждается ли этот ребенок в госпитализации?
- 7) Нуждается ли этот ребенок в назначении таких препаратов как креон, аскорбиновая кислота, витамины группы В?
- 8) Показаны ли этому ребенку массаж и гимнастика?
- 9) Какое количество пищи по объему должен получать этот ребенок в сутки и в одно кормление?
- 10) Напишите матери рекомендации по кормлению ребенка и составьте график кормления.

ОПК-1; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.

Тема 9. Функциональные нарушения пищеварительного тракта.

ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10;

ЗАДАЧА 1

Ребенок П., 7-ми дней, находится в отделение патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 32 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность 1-ая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38 неделе, самостоятельные. 1-ый период 12 часов, 2-ой – 20 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 52 см, окружность головы – 34 см, груди – 33 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3-их суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала и на 4-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом «мокрой подушки». В срыгиваемых массах много слизи, примесь гноя. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспептический. В неврологическом статусе – мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Общий анализ крови: Гемоглобин - 184 г/л, эритроциты - $5,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,97, лейкоциты - $10,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 8%, моноциты - 9%, СОЭ - 5 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямо́й - 165 мкмоль/л, прямо́й – нет, мочеви́на - 6,1 ммоль/л, калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, Ca^{++} - 1,1 ммоль/л

ФЭГДС: Фиброскоп введен свободно. Слизистая пищевода гиперемирована в нижней трети, кардия зияет. Слизистая желудка розовая, складки расправляются. Привратник проходим. **Нейросонография:** Рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
3. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
4. Какие изменения можно выявить при проведении рентгенографии ЖКТ?
5. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
6. Оцените результат общего анализа крови.
7. Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Распишите диетотерапию в данном случае.
10. Каковы принципы медикаментозной терапии?
11. Каков прогноз у этого ребенка?
12. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

ОПК-8;ОПК-9;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;

Тема 11. Острый бронхит.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 1

Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$. После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась.

Ребенок от I нормально протекающей 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: Нв - 120 г/л, Эр – $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $8,4 \times 10^9$ /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?
- ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-3;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10

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. ЧСС 140 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: Нв 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ /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?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 3

Ребенок 4-х лет три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять.

Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г, длина 51см. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300г.

Период новорожденности протекал без особенностей, переведен на искусственное вскармливание в три месяца. Психомоторное развитие - по возрасту.

С 3,5 месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем профилактические прививки проводились по индивидуальному графику. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени стал часто болеть ОРВИ, которые каждый раз сопровождались длительным кашлем. Консультирован отоларингологом, диагностированы аденоидные вегетации 2-й степени.

У матери ребенка пищевая и лекарственная аллергия, отец здоров, курит. Настоящее заболевание началось с повышения температуры, головной боли, слизистого отделяемого из носа и сухого кашля. Кашель усиливался утром, иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Получал отхаркивающие микстуры без положительной динамики.

При осмотре участковым врачом состояние ребенка средней тяжести, бледный, слезотечение, ринорея. Кашель навязчивый, преимущественно сухой, с незначительным влажным компонентом. Температура тела 37,4°. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание проводится во все отделы легких, выдох удлиннен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Частота дыхания 28 в 1 мин. Граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, чистые, шума нет, ЧСС 110 уд.в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, эр – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейко – $4,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 38%, э – 3%, м – 9%, СОЭ – 9мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - нет.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких за счет переbronхиальных изменений, легочная ткань вздута, ребра расположены горизонтально, с широкими промежутками.

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз на момент осмотра?
2. Что способствовало развитию данного процесса у ребенка?
3. Какие анамнестические данные помогли вам поставить диагноз?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие диагностические мероприятия следует провести?
7. Назначьте лечение.
8. Какими видами спорта следует заниматься ребенку?
9. Каков прогноз заболевания?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Тема 12. Острая пневмония у детей раннего возраста.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА- 1

К ребенку 5 месяцев вызван участковый педиатр. Три дня назад у ребенка появился насморк, редкое покашливание, пил и ел нормально; температуру не измеряли. Сегодня состояние ухудшилось: отказывается от еды, вялый, усилился кашель, температура тела повысилась до 38,7°C.

Эпидемиологический анамнез: в семье болен ОРВИ старший брат.

При осмотре: периоральный цианоз, серозно-слизистое отделяемое из носа, гиперемия зева и задней стенки глотки. Кашель влажный, малопродуктивный. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, справа под углом лопатки – укорочение перкуторного звука. Там же, на высоте вдоха, выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания – 50 в 1 минуту. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные. ЧСС = 126 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1,5 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул был вчера 1 раз, оформленный. Мочится редко, моча светлая. Участковый педиатр направил ребенка на госпитализацию для проведения обследования и уточнения диагноза.

В приемном отделении детской больницы проведено обследование:

Пульсоксиметрия: PS = 143 уд/мин, pO₂ – 86%.

Общий анализ крови: Hb – 112 г/л, эр. – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $16,2 \times 10^9/л$, п/я – 9%, с/я – 43%, лимф – 40%, мон – 6%; эоз – 2%. СОЭ = 18 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: сосудистый рисунок усилен и деформирован, больше справа; прозрачность легочной ткани умеренно снижена; справа в задненижних отделах определяется инфильтрация легочной ткани. Справа корень легкого расширен, деформирован, слева не изменен. Размеры сердца в пределах возрастной нормы. Синусы свободны.

Задание:

1. Какой диагноз можно поставить, согласно классификации?
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Правильно ли произведена госпитализация или можно было оставить ребенка дома?
4. Какова предположительно этиология заболевания?
5. Оцените результаты общего анализа крови.
6. Наметьте план лечения данного ребенка.
7. Обоснуйте выбор препарата (препаратов) для этиотропной терапии.
8. Через какое время следует оценить эффективность назначенного лечения?
9. Что следует сделать при неэффективности терапии?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9; ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 2

Девочка, 14 дней, от 2-й нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 7-е сутки. Дома имела контакт с больным ОРВИ. В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры тела до 37,4°C.

Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ. Через два дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до 38,0°C, беспокойная, отказывалась от груди,

начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован в стационар. При осмотре: состояние средней степени тяжести, бледная, цианоз носогубного треугольника, необильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. ЧД 70 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука,

в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука - ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы, ЧД 33 в минуту. Границы относительной сердечной тупости правая - по правой парастернальной линии, левая - на

1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя - второе ребро. Тоны сердца глухие, ЧСС 170. Живот вздут, печень +2 см.

Анализ крови: Hb - 174 г/л, эр - $5,2 \times 10^{12}$ /л, ц.п. - 1,0, Tr - $268,0 \times 10^9$ /л, L - $7,1 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%, СОЭ - 4 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка в нижней доле правого легкого выявляются очаги с понижением прозрачности и перифокальной воспалительной реакцией.

Вопросы

1. О каком заболевании можно думать в данном случае.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание.
5. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза.
6. Назначьте лечение. Составьте план диспансерного наблюдения.
7. Назовите мероприятия по профилактике данного заболевания.

ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-14,

ЗАДАЧА 3

Мальчик 2 лет, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, появились вялость, отказ от еды, беспокойный сон, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома отмечались бледность, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа, одышка до 50 дых. в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно: над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же выслушивались мелкопузырчатые хрипы и крепитация на высоте вдоха. Над остальными участками легких выслушивалось жесткое дыхание. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. Ребенок госпитализирован.

Общий анализ крови: гематокрит — 49% (норма 31–47%), Hb — 122 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,8, Лейк — $10,8 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с/я — 52%, э — 1%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 17 мм/час

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — 0,066 г/л, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 135 ммоль/л, АлАТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АсАТ — 19 Ед/л (норма — до 40), СРБ — +++

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 68 мм рт.ст. (норма 80 – 100), pCO_2 – 65 мм рт. ст. (норма 36-40), pH – 7,31, BE = -2,3 ммоль/л (норма = $\pm 2,3$), AB – 17 ммоль/л (норма 16-23), BB – 39 ммоль/л (норма 37-47), SB – 19 ммоль/л (норма 17-23).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
3. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
6. Каким специалистам необходимо показать данного ребенка?
7. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
8. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
9. В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
10. Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9; ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Тема 13. Острые пневмонии у детей старшего возраста.

ЗАДАЧА 1

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Ребенок 7 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до $39,0^{\circ}C$, головная боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 110 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb - 105 г/л, $Эр$ – $4,0 \times 10^{12}/л$, $Лейк$ – $18,6 \times 10^9/л$, $п/я$ – 10%, $с/я$ – 57%, $э$ – 1%, $л$ – 23%, $м$ – 9%, $СОЭ$ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоск., $лейк.$ - 1-2 в п/зр, эритроц. – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 16%, β – 8%, γ – 12%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.

4. Какие возбудители вызывают острую пневмонию у детей данной возрастной группы?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение
7. Какие могут быть осложнения заболевания?
8. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
9. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?
10. Каков прогноз?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1; ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 2

Больной 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, стремительных родов. В периоде новорожденности – токсическая эритема. С рождения находился на искусственном вскармливании. Страдает поливалентной пищевой аллергией.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного непродуктивного кашля, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала «неотложную помощь».

При осмотре врач «неотложной помощи» обратил внимание на заторможенность мальчика, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Там же – ослабление дыхания, хрипов нет. ЧД – 42 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 110 в 1 мин. Ребенок был госпитализирован.

Общий анализ крови: Hb - 134 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - 23×10^9 /л, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1012, белок – 0,066 г/л, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты измененные – 2-3 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 1-2 в п/зр, зернистые – 1-2 в п/зр, слизь – немного.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Посев трахеального аспирата: высеив пневмококка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какой возрастной группе наиболее часто встречается данный вид пневмонии и почему?
3. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.
4. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
5. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
6. Назначьте лечение.
7. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
8. Какие осложнения Вы можете ожидать?

9. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Тема 14. Хр.бронхит.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 1

Мальчик 5 лет, госпитализируется в стационар 4-ый раз с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, упорный влажный кашель с мокротой. На первом году мальчик не болел, развивался соответственно возрасту. Во время игры на полу в возрасте 1 года появился приступ сильного кашля, ребёнок посинел, стал задыхаться. После однократной рвоты состояние улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребёнок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенёс пневмонию в 2 и 3 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела 20 кг, рост 110 см. ЧД-36 в мин.

ЧСС-110 ударов в мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над лёгкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение 1 тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: Нб-110 г/л, эр- $3,4 \times 10^{12}$, лейко- $13,9 \times 10^9$, п/я-7%, с/я-65%, э-2%, м-9%, л-17%, СОЭ-20мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность-1,018, эпителий-нет, лейкоциты-2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок-70г/л, альбумины-60%, α1-глобулины-4%, α2-глобулины-15%, β – глобулины-10%, γ-глобулины – 11% ,СРБ = ++.

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Спиральная компьютерная томография (грудная клетка):слева в 8-10 сегментах определяются цилиндрические и веретёнообразные бронхоэктазы, часть расширенных бронхов заполнена содержимым.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составте план обследования больного.
4. Патогенез данного заболевания?
5. Что случилось с ребёнком в годовалом возрасте? Можно это считать началом заболевания?
6. В консультациях каких специалистов нуждается ребёнок?
7. Назначьте больному лечение.
8. Показания к хирургическому лечению.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 2

Девочка 1 года 9 месяцев, поступила впервые, с жалобами на постоянный влажный кашель, одышку в покое, частые пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, длительный субфебрилитет.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от VII беременности, протекавшей на фоне анемии, 4 срочных родов. Масса тела при рождении 3840, длина 51 см. На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм по возрасту.

Аллергологический анамнез отягощен: крапивница на шоколад, цитрусовые.

Из анамнеза заболевания известно, что у девочки с 4 месяцев жизни отмечался частый кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. На 2 году жизни перенесла 3 повторные пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности II-III степени, по поводу чего лечилась в отделении реанимации больницы по месту жительства.

При поступлении состояние очень тяжелое. Жалобы на сниженный аппетит, плохую прибавку массы тела, неустойчивый стул, периодически черного цвета, постоянный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Девочка пониженного питания. Вес 9 кг 300 г, рост 80 см. Кожные покровы очень бледные с акроцианозом, видимые слизистые бледные, чистые. Тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой развит слабо. Насыщение кислородом – 88%. Одышка смешанного характера в покое. ЧД 66 в 1 мин. Кашель частый, малопродуктивный. Мокрота слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 142 в 1 мин. Перкуторно: над легкими слева притупление легочного звука, справа звук с коробочным оттенком. Дыхание проводится с обеих сторон, ослабленное, больше слева, там же выслушивается обилие влажных разнокалиберных хрипов. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки. Стул 3-4 раза в день, периодически жидкий. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: Hb – 84 г/л. эр– $4,66 \times 10^{12}$. р – 15г/л т – $170,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $7,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11, с/я–42, л. – 32, э–5, м. – 10, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 70 мл, относительная плотность - 1012, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - умеренном количестве.

Реакция кала на скрытую кровь: положительная.

Кровь на IgE к коровьему молоку: 1+.

Хлориды пота – 19,8 ммоль/л.

Ig M, Ig G к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу: отрицательны.

Микроскопическое исследование мокроты: выявлено значительное количество макрофагов с включением гемосидерина.

Рентгенограмма легких: отмечается средней интенсивности негетмогенное затемнение левого легкого, в области правого легкого видны множественные очаговые тени, местами сливные. Корни легких малоструктурны. Тень сердца расширена за счет левых отделов. Купола диафрагмы ровные. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Какова динамика рентгенологических изменений в легких при этом заболевании?
4. Какова тактика лечения?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. С какой целью измерялись хлориды пота?

7. Для чего исследовалась кровь на АТ к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу?
8. В наблюдении каких специалистов нуждается ребенок?
9. Можно ли назначать физиотерапевтические методы для лечения ребенка?
10. Ваш прогноз?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 3

Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, затрудненное носовое дыхание.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, вторых срочных родов (ребенок от I беременности, мальчик, болеет хронической пневмонией). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм вводился своевременно. Отмечалась плохая прибавка массы тела. Масса в 1 год – 9 кг, в 2 года – 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни, отмечалось затрудненное дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит.

При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой средне-ключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 116 ударов в 1 мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}$ /л. т. – $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $12,4 \times 10^9$ /л, п/я – 10, с/я – 52, л. – 28, э – 1, м. – 9, СОЭ 16 мм/час.

Общий анализ мочи: количество-60 мл, относительная плотность-1014, лейкоц.-0-1 в п/зр, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - в умеренном количестве.

Рентгенограмма легких: легкие вздуты, по всем легочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация сосудисто-интерстициального рисунка. Корни легких малоструктурны. Тень сердца смещена вправо. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6,8, 9, 10 справа.

Р-фия гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите 3 отличительных признака этого заболевания. Что лежит в основе нарушений со стороны органов дыхания при этом заболевании?
3. Как наследуется это заболевание?
4. Какие нарушения можно ожидать при исследовании ФВД у таких больных?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза?
6. Каковы принципы лечения заболевания?

7. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок?
8. Показано ли хирургическое лечение данного заболевания?
9. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
10. Каков прогноз данного заболевания?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Тема 17. Плевриты у детей этиология диагностика и лечение

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 1

Вова -3 г7мес направлен на стационарное лечение участковым педиатром с диагнозом правосторонним бронхопневмонией.

Жалобы при поступлении на боли в грудной клетке, усиливаются при глубоком вдохе, кашле, наклоне в здоровую сторону, сухой болезненный кашель, общее недомогание, слабость, повышение t тела до субфебрильных цифр.

Из анамнеза выяснено, что ребенок из двойни, с рождения находится на искусственном вскармливании, страдает пищевой аллергией, гипохромная анемия, лечение не регулярное, привит не полностью. После посещения ребенка в детский коллектив стало, часто болеет простудными заболеваниями.

Последние 2 недели ребенок находился на амбулаторном лечении по поводу правосторонней нижнедолевой бронхопневмонии, на фоне проводимой лечения было улучшение, однако с вчерашнего дня резко поднялась температура, усилилась кашель, что было госпитализировано в больницу.

Состояние ребенка ср. тяжести в сознании стонет, беспокойный, Вынужденное положение предпочитает лежать на «больной» стороне, учащенное поверхностное дыхание,

Небольшое отставание в дыхании пораженной половины грудной клетки

Перкуторно- ясный легочной звук. Аускультативно- ослабленное дыхание, слышен грубый шум трения плевры. который слышен на вдохе и выдохе, усиливается при более плотном прижатии фонендоскопа, не исчезает после кашля. Звук шума трения плевры похож на хруст снега,

ЧДД-32 в 1 мин. Сердце- тоны приглушены, систолический шум на верхушке ЧСС-144 уд. в 1мин. Печень + 2.0см. Селезенка не увеличена.

Стул жидкий, без патологических примесей. Диурез сохранен.

Результаты исследований

Клинический анализ крови: Нв–105 г/л, Эр– $3,4 \times 10^{12}$, Л- $14,9 \times 10^9$; э- 2%, п–7%, с–65%, Лф–17%, м-9%. СОЭ–26мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность-1018, белок-0.033%, эпителий-нет, лейкоциты–2–3 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок–70г/л, альбумины-60%, $\alpha 1$ -глобулины–6%, $\alpha 2$ -глобулины–12%, β – глобулины-8%, γ -глобулины – 17% ,СРБ - +++, сиаловые к-ты ++.

УЗИ: утолщение плевры с неровным, волнистым контуром, повышенной эхогенности, однородной структуры (интенсивные наложения фибрина на париетальной и висцеральной плевре). жидкости в плевральной полости 20-30 мл.

Р-ия грудной клетки: в области нижней доли справа имеется значительное понижение прозрачности. сглаживание острого реберно-диафрагмального угла, однородное затемнение в нижних отделах легочного поля с косой верхней границей, часто в виде мениска.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составте план обследования больного.
4. Патогенез данного заболевания?

5. Что случилось с ребёнком на фоне бронхопневмонии?
6. В консультациях каких специалистов нуждается ребёнок?
7. Назначьте больному лечение?
8. Как проводится антибактериальная терапия?
9. Показания для проведения - лечебных таракоцентезы?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 2

Ребенок 5 лет, получает амбулаторное лечение по поводу пневмонии. Из анамнеза: В течение 3-х дней нарастающая лихорадка (температура тела до 38,6 .С), кашель. Заболел после переохлаждения накануне. Отмечались вялость ребенка, бледность кожи, с цианозом носогубного треугольника. В легких при перкуссии справа в подлопаточной области определялось обширное по площади укорочение звука, там же ослабление дыхательных шумов и только на глубоком вдохе - очаговая крепитация. ЧДД 48 в минуту, ЧСС 106 в минуту. На рентгенограмме органов грудной клетки обширная тень в проекции нижней доли правого легкого, правый синус закрыт (по-видимому, заполнен жидкостью). Анализ крови: л. 16,9.109/л; СОЭ 28 мм/ч.

В динамике состояние с ухудшением, температурная кривая приняла гектический характер, подъемы температуры достигают 40⁰С, при снижении температуры тела наблюдается обильное потоотделение. Одышка достигает 60-80 в минуту, дыхание стонущее, лицо страдальческое. Сомноленция. Кожа землистого цвета. Кашель болезненный, влажный. Мокрота с неприятным запахом, гнойная. В легких справа перкуторно определяется сплошное укорочение звука до тупости, кроме верхушки. Дыхание проводится плохо, ближе к верхушке правого легкого прослушиваются влажные хрипы. ЧД 58 в минуту, ЧСС 144 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Живот несколько вздут. Диурез понижен. На рентгенограмме органов грудной клетки определяется тотальное затемнение правого легкого, за исключением верхушки, где определяется скопление газа в плевральной полости. Анализ крови: л. 32,0.109 /л; СОЭ 42 мм /ч.

ЗАДАНИЕ:

1. Установите причину дальнейшего ухудшения состояния больного.

Определите тип и степень ДН.

2. Составьте алгоритм терапии.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 3

Катя -5 лет доставлен в больницу бригадой скорой помощи.

жалобы при поступлении ухудшение общего состояния мышечная слабость, сонливость, заторможенность, головные боли, снижение аппетита одышка повышение t (фебрильная) с ознобом, профузным потом чувство тяжести, переполнения в пораженной стороне

груди. Заболел остро, болеет около недели, поступил в отделение в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, по месту жительства. На Р-ме проведенной в амбулаторных условиях выявлено левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Состояние ребенка тяжелое, заторможенное вынужденное положение ограничение дыхательных экскурсий, сглаженность или выбухание межреберных промежутков, увеличение объема грудной клетки на больной стороне, одышка. Кожные покровы землистого цвета, диффузный серый цианоз. Пальпация: голосовое дрожание резко ослаблено на пораженной стороне. Положительные Симптомы (Гувера, Литтена и симптом Винтриха). Сердце - тахикардия тоны приглушены пульс учащен 160 уд в 1 мин. Печень +3,0 см. Стул и диурез сохранен.

Результаты исследований

Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, Эр-3,4x10¹², Л-16,9x10⁹; э- 2%, п-8%, с-66%, Лф-16%, м-8%. СОЭ-30 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность-1018, белок-0.033%, эпителий-нет, лейкоциты-2-3 в п/зр, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок-70 г/л, альбумины-60%, α1-глобулины-6%, α2-глобулины-12%, β - глобулины-8%, γ-глобулины - 17% ,СРБ - +++, сиаловые к-ты ++.

УЗИ: утолщение плевры с неровным, волнистым контуром, повышенной эхогенности, однородной структуры (интенсивные наложения фибрина на париетальной и висцеральной плевре). жидкости в плевральной полости 20-30 мл.

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли справа имеется значительное понижение прозрачности. сглаживание острого реберно-диафрагмального угла, однородное затемнение в нижних отделах легочного поля с косою верхней границей, часто в виде мениска. Высокое стояние купола диафрагмы на больной стороне, отставание этого купола при глубоком вдохе, ограничение подвижности нижнего легочного края, небольшое помутнение прилегающей к плевре части легочного поля.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования больного.
4. Патогенез данного заболевания?
5. Что случилось с ребёнком на фоне бронхопневмонии?
6. В консультациях, каких специалистов нуждается ребёнок?
7. Назначьте больному лечение?
8. Как проводится антибактериальная терапия?
9. Показания для проведения - лечебных таракоцентезы?
10. Увеличивается ли лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в плевральной жидкости?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Тема 19. Аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей.

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 1

Мальчик 1 год бмес, родившийся от 3 беременности и 2-х срочных родов. Беременность у матери протекала с токсикозами и частыми простудными заболеваниями. Мать страдает аллергией на цитрусовые фрукты и атопическим дерматитом. Живете в центре города. Поступил ребенок в отделение с затрудненным носовым дыханием, не может дышать ночью, слизистое отделяемое из носа, с раннего возраста, чиханье, нарушение сна.

Следует отметить, что ребенок с рождения на искусственном вскармливании и страдает пищевой аллергией на фрукты желтого и красного цвета.

Объективно. Ребенок в сознании при осмотре беспокойный. Кожные покровы в области щек и живота сыпь аллергического характера. В области носовых ходов выявлено мацерации и раздражение кожи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердце – тоны ритмичные, шумов не выявлено. Стул и диурез сохранен.

Диагностика.

Клинический анализ крови: Нв - 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 38%, э – 4%, м – 8%, СОЭ – 8 мм/час.

Риноскопии: выявлен отек и цианоз слизистой оболочки носа, увеличены региональные лимфатические узлы.

Исследование назального секрета - выявлено повышение IgE и эозинофилии.

Иммунограмма выявлено повышение IgE и общ. уровня АТ.

Положительные (++) результаты с аллергенами.

Диагноз: Персистирующий (круглогодичный) аллергический ринит.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Укажите основного звена патогенеза аллергического ринита у ребенка
4. Назначьте лечение.
6. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?
7. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
8. Какие исследования, подтвердят данную патологию?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Проведите дифференциальную диагностику?
11. Имеют ли связь заболевания родителей и ребенка?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 2

Девочка Ирина 3 года, доставлен бригадой скорой помощи в больницу.

Жалобы при госпитализации на грубый лающий кашель, осиплость голоса, одышка с затрудненным вдохом, стенотическое дыхание.

Со слов матери заболел ребенок остро, 3 дня назад вирусной инфекцией, лечили дома, к врачу не обращалась. Сегодня ночью состояние ребенка ухудшилось, увеличилась одышка, температура, озноб и лающий кашель, что вызвали СП, где доставлен в леч. учреждение.

Из анамнеза уточнено, что ребенок живет в полуподвальном помещении, где высокая сырость, находится на «Д» учете у педиатра в группе ЧДБ, вторичная ИДС, часто получает различные лекарственные препараты.

Состояние ребенка средней тяжести, возбуждена, беспокойный. Кожные покровы бледные, конечности холодные, «мраморный» рисунок кожи, отмечается цианоз и акроцианоз. Лицо вздутое. Дыхание инспираторное одышка с участием вспомогательной мускулатуры, аускультативно масса сухих и влажных хрипов по всем полям легких ЧДД- 42 в 1 мин. Сердце - тоны приглушены, тахикардия ЧСС -136 уд. в 1 мин., пульс слабый, нитевидный. Печень +1.5 см. Стул и диурез без особенностей.

Диагностика.

Клинический анализ крови: Нв - 128 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 38%, л – 43%, э – 8%, м – 7%, СОЭ – 28 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Какие факторы способствуют стенозу гортани :
4. Назначьте лечение.
5. Показана ли она в данном случае терапия АСИТ?
6. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
7. В клинике сколько ст.стеноза гортани различают ?
8. Проведите дифференциальную диагностику?
9. Укажите основные причины сенсibilизация к аллергенам?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

ЗАДАЧА 3

Дима 6 лет, живет в деревне страдает пищевой аллергией на семечки и халву из семечек. В осенний период при цветении подсолнухи и амброзиво, ухудшается состояние. Начинается зудом глаз, жжением их, конъюнктивит и гиперемия, отек глаз.

Ухудшение последние годы, при этом приходится уезжать за пределы деревни в город к дядя. Кожные покровы чистые, элементы аллергической сыпи на разгибательных поверхностях предплечья рук, слизистая ротовой полости и зева бледной окраски, чистая. Инъецирована сосуды глаз, слизистая отделяемое из носа. Сердце и легкие без особенностей. ЧСС-90удв1 мин. ЧДД- 20 в 1 мин. Печень и селезенка не увеличена. Стул и диурез сохранен.

Диагностика:

Иммунограмма: увеличение общ. Ig и IgE

Клинический анализ крови: Нв - 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 46%, л – 38%, э – 6%, м – 8%, СОЭ – 8 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику?
5. Укажите основные причины сенсibilизация к аллергенам?

ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-14,

Тема 20.Бронхиальная астма.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 1

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. До 1 года страдала атопическим дерматитом. После года отмечалась аллергическая сыпь после употребления в пищу шоколада, клубники, яиц.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Анамнез заболевания: в возрасте 3 и 4 года, в мае за городом у девочки возникали кратковременные приступы удушья, которые самостоятельно купировались при возвращении в город. Настоящий приступ возник в гостях при контакте с кошкой. После лечебных мероприятий, проведенных врачом неотложной помощи, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно- масса сухих свистящих хрипов надо всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Клинический анализ крови: Hb - 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейко – $5,8 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка
4. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?
5. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде
6. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?
7. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
8. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
11. Имеют ли связь заболевания родителей и ребенка?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 2

Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5

месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту, интеркуррентными заболеваниями не болел.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада и цитрусовых.

Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, навязчивый сухой кашель. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД –32 за 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, эр – $4,6 \times 10^{12}/л$, лейко – $4,8 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 51%, л –28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
 2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
 3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
 4. Назначьте лечение в данном периоде заболевания
 5. Опишите этапное лечение заболевания
 6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
 7. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
 8. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике?
- ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 3

В стационар поступил ребенок 10 лет в приступном периоде бронхиальной астмы.

Какие патогенетические механизмы лежат в основе приступа бронхиальной астмы?

- а) бронхоспазм
- б) отек слизистой оболочки бронхов
- в) выделение густого секрета в просвет бронха
- г) отек интерстициальной ткани

ПК-5;ПК-6.

Тема 22. Основы ЭКГу детей.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 1

Девочка. Маша -12 лет поступила в отделение с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, стеснение в груди, боли в подложечной области, чувства нехватки воздуха, страха смерти.

Из анамнеза выяснено, что у ребенка накануне было сильный эмоциональный стресс, страдает ВСД ваготоническому типу с вагоинсулярными кризами сопровождающимся головными болями, головокружением и рвотой. Наблюдается у невропатолога.

Состояние ребенка удовлетворительное, беспокойный. Кожные покровы бледные чистые, холодные конечности, дермографизм красный. Одышка, видно пульсация яремной вены
Сердце- тоны приглушены ЧСС-180 уд в 1мин. А/Д 80/60мм.рт.ст. Пульс слабый нитевидного характера Ps 170 уд в 1мин. В легких везикулярное дыхание , хрипов нет ЧДД -20 в 1мин. Печень не увеличена , отеков на нижних конечностях нет. Стул и диурез сохранен.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: Нб – 126 г/л, Эр – $3,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9 , Лейк — $5,8 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 48%, э – 1%, л – 38%, м – 11%, СОЭ – 7 мм/час

ЭКГ- Заключение. Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
9. Какие приемы механического воздействия используется для снятия приступа?
10. Какое исследование является стандартом диагностики при нарушении ритма сердца?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 2

Ира К., 11 лет, направлена для обследования в связи с тем, что во время диспансеризации в школе аускультативно были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Девочка жалоб не предъявляла.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически, срочных стремительных родов. Раннее развитие без особенностей. Врачами-специалистами не наблюдалась. Учебные нагрузки большие. Сон по времени недостаточный.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны лимфатической и дыхательной систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно – тоны сердца удовлетворительной громкости. Выслушиваются экстрасистолы до 5-7 в 1 минуту. ЧСС – 77 в 1 минуту. В ортостазе и после физической нагрузки (10 приседаний) экстрасистолы исчезают. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Клинический анализ крови: Нб 120 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $7,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 60%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: синусовый ритм с частотой 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с предшествующим отрицательным зубцом Т в отведениях I, II, avL, с полной компенсаторной паузой. После физической нагрузки и в ортостазе экстрасистолы исчезают.

ЭхоКГ : размеры полостей сердца не увеличены. Фракция выброса левого желудочка составляет 70%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы возможные причины развития изменений со стороны сердца.
3. Какие обследования следует провести пациенту.
4. Какие положения следует уточнить в анамнезе.
5. С какими специалистами следует проконсультировать ребенка.
6. При каких органических заболеваниях других органов возможны выявленные изменения со стороны сердца
7. Какие функциональные пробы следует проводить детям с экстрасистолией.
8. Какой прогноз у данного пациента
9. Какую терапию Вы предложите ребенку.
10. Перечислите классы антиаритмических препаратов.
ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 3

Вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 мин. сознание восстановилось и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку.

Со слов педагога девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учёте. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина.

К моменту прибытия скорой помощи повторная потеря сознания. При осмотре кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Слизистые чистые, бледные. Частота дыхания 30 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 70/40 мм. рт. ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в мин.Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянный, интервал Р-В постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС – 40 в мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Какие рекомендации необходимо дать ребёнку во внеприступный период.
6. Почему у девочке в школьной сумке находился изадрин? Каков механизм действия данного препарата?

7. Что такое проводящая система сердца? Основные структурные компоненты, их функция.
8. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы у пациентки в данном случае.
9. Механизм действия атропина.
10. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки?
11. Перечислите возможные методы купирования данного состояния в случае задержки госпитализации пациентки при наличии подготовленного медперсонала и необходимой аппаратуры.
12. Вероятный прогноз.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

Тема 23. Острая ревматическая лихорадка.

ЗАДАЧА 1

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

Маша И., 8 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые произвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала антибактериальную терапию с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые неkoordinированные движения, повысилась температура тела до 37,5-38,2°C. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Был диагностирован грипп, астенический синдром, назначена противовирусная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечают произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожные покровы бледно-розовые. Со стороны лимфатической и дыхательных систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в ортостазе. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $4,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я - 46 %, л - 48%. м - 2%, э – 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Иммунологические показатели: АСЛ-О – 1:2500

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС-88 в 1 мин. Ритм синусовый, нормальное положение электрической

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
7. В каком возрасте обычно дебютирует данное заболевание.
8. Что является показанием для назначения кортикостероидной терапии
9. Перечислите мероприятия по профилактике рецидивов настоящего заболевания.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 2

Больной И., 12 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, сердцебиение, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес острую ревматическую лихорадку с полиартритом и кардитом в виде поражения митрального клапана, в результате чего сформировалась его недостаточность. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в 1 мин. при ходьбе, которая уменьшается до 24 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV – V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя – во II межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II - III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений – 100 ударов в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет.

Клинический анализ крови: Нв - 115 г/л, Эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л., Лейк.- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность -1015, белок – следы, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты-отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PR - 0,18 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
8. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?

9. Назовите место проекции митрального клапана.
10. Назовите место проекции аортального клапана.
11. Какими методами можно выявить наличие скрытых отеков?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

Тема 24. Неревматические кардиты у детей.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 1

Мальчик К., 3мес, поступил в отделение жалобами со слов матери на вялость, быстрая утомляемость при кормлении, беспокойство, плохая прибавка в весе, акроцианоз.

Анамнез: Ребенок родился от 4 беременности 3 стремительные роды. Беременность протекала с угрозой выкидыша, лежала на сохранение, маточное – плацентарная недостаточность, переболел вирусной инфекцией. Ребенок отстает в весе и росте, наблюдается у невропатолога по поводу ПГТЭ.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые бледные, выражен сосудистый рисунок, конечности холодные. Отмечается периоральный цианоз, одышка в покое увеличивается при крике и плаче ребенка.

Сердца – тоны глухие, акцент 1 тона на легочной артерии, шумов нет, ритм - тахикардия, перкуторно расширены границы сердца влево и вверх, визуально выражен «сердечный горб» ЧСС 180 уд в 1 мин. В нижних отделах легких аускультативно выслушивается единичные влажные хрипы ЧДД 38 в 1мин. Печень и селезенка не увеличена. Диурез сохранен. Стул разжиженный 1-2 раза в сутки.

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма 31–47%), Hb – 102 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,8, Лейк — $12,8 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 52%, э – 1%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 17 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – 0,033 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (норма – до 40), СРБ – +++ креатинфосфаткиназа ++, лактатдегидрогеназа ++.

ЭКГ-ЧСС -180 уд. в 1 мин., синусовая тахикардия, снижен вольтаж зубцов, удлинение интервала Q -Т и инверсия зубца Т

Рентгенограмма грудной клетки: легочный рисунок усилен по венозному руслу, вплоть до альвеолярного отека легких, сердце увеличено в поперечнике выявляется кардиомегалия.

ЭХО-кардиография – уплотнение эндокарда, дилатация ЛЖ и предсердия, гипокинезия перегородки ЛЖ, смещение митрального клапана к задней стенке, снижение сократительной способности миокарда резкое уменьшение фракции выброса менее 45 %.

ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача? Сформулируйте Ваш диагноз.
2. Приведите классификацию кардитов у детей.
3. Какие симптомы и результаты инструментального исследования являются важными для диагностики?
4. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
7. Назовите препараты для лечения сердечной недостаточности.
8. Показания к хирургическому лечению.

ЗАДАЧА 2

Девочка 7 лет поступила в отделение с жалобами на повышение температуры, боли в грудной клетке, разжижение стула, слабость, утомляемость, повышенную потливость, раздражительность, тошноту, рвоту.

Заболевание началось остро с повышением температуры слабости, накануне перенос ОРВИ, лечили в амбулаторных условиях, к врачу не обращалась. Отсутствие желаемого эффекта, обратились к врачу.

Из анамнеза уточнено, что ребенок наблюдается у участкового педиатра по поводу ЧДБ и тимомегалии, а также склонностью к гиперергическим реакциям.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы серовато-бледной окраски, цианоз носогубного треугольника и слизистых. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, усиливается при физической нагрузке.

Сердце- область сердца не изменен, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок ослаблен. Тоны приглушен, второй тон над легочной артерией усилен, отмечается ритм галопа, брадиаритмия и единичные экстрасистолы. В легких дыхание ослабленное, хрипов нет, ЧДД 34 в 1 мин.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: Нв – 118 г/л, Эр – $3,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8, Лейк — $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 50%, э – 1%, л – 40%, м – 7%, СОЭ – 17 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1018, белок – 0,033 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (норма – до 40), СРБ – +++ креатинфосфаткиназа ++, лактатдегидрогеназа ++.

Иммунологическое исследование увеличено IgG.

ЭКГ-ЧСС - 54 уд. в 1 мин., синусовая брадиаритмия, снижено амплитуды зубца Т вольтажа комплекса QRS 1,11 aVF, V₁₋₂ и V₅₋₆ отведений, инверсия зубца Т и депрессия сегмента ST, а-в блокада.

Рентгенограмма грудной клетки: легочный рисунок усилен по венозному руслу, расширен границы сердца влево и вверх, увеличено кардиоторакальный индекс.

ЭХО-кардиография – расширен полости сердца, снижение сократительной способности миокарда левого желудочка резкое уменьшение фракции выброса.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Дайте оценку показателям расширения границы сердца и объясните причину отклонений.
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
8. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
9. Назовите аускультативные признаки миокардита?
10. Какое исследование является стандартом диагностики при миокардите?

ЗАДАЧА 3

Больной Р., 1 года 4 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ? Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, рвота, температура тела 37,2 - 37,5°C.

С этого времени мальчик стал вялым, уставал «ходить ножками». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного заболевания.

В общем анализе крови: Hb – 100 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я -5 %, с- 47%, э – 1%, б- 1%, м - 3%, л – 43%, СОЭ -11 мм/час. Был госпитализирован с диагнозом: «Железодифецитная анемия». Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах.

При поступлении состояние тяжелое. Выражена вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД – 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС – 160 уд/ мин. Печень + 7 см по правой среднеключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я - 48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи : относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите возможные изменения на ЭКГ
5. Чем Вы можете объяснить отечность голеней, увеличение размеров печени?
6. Чем можно объяснить появление одышки у данного больного?
7. Назначьте лечение данному больному.
8. Какие ошибки были допущены на догоспитальном этапе ведения данного больного
9. Каков прогноз данного заболевания

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

Тема 26. Гемморагические диатезы

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 1

Девочка Р., 5 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение, кровоподтеки разной величины и давности на лице, туловище, конечностях. Анамнез болезни: за 2 недели до настоящего заболевания перенесла ОРВИ (температура 37,4 – 37,7°C). В последние 3 дня появились кровоизлияния на коже (от мелкоточечных до экхимозов), их количество прогрессивно увеличивается. В день поступления – длительное кровотечение из носа. Врач приемного отделения предположил диагноз: Геморрагический васкулит.

При поступлении состояние тяжелое за счет выраженного геморрагического синдрома на коже и продолжающегося носового кровотечения. На лице, туловище и конечностях обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистой оболочке полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, учащены. ЧСС – 105 уд/мин. АД – 95/60 мм рт. ст. Живет мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Результаты обследования: **Общий анализ крови:** Hb – 108 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, MCH (коррелирует с цветовым показателем) – 31 пг (N= 27–32), тромб. – $8,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,2 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 43%, лимф – 44%, мон – 6%; эоз – 4%. СОЭ = 7 мм/ч. **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%, эоз. – 5%, лимф. – 10%, красный росток – 24; мегакариоциты – 0,4; (1 на 250) – молодые формы со слабой отшнуровкой тромбоцитов.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотн. 1015, белок нет, pH – 6,0; эпителий плоский – 2-4 в п/зрения, лейкоц. – 1-2 в п/зрения, 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 и решающими для диагностики?
4. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
5. Назовите тип кровоточивости у пациента.
6. Назначьте лечение (название препаратов, способы введения, дозы).
7. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при данном заболевании?
8. Назовите индукторы агрегации тромбоцитов для оценки их функциональных свойств.
9. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

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°C, 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. Мочится достаточно, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв –128 г/л, Эр. $4,8 \times 10^{12}/л$, Ц.П. 0,85, тромбоциты $432 \times 10^9/л$, лейкоциты $10,5 \times 10^9/л$, 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, мочевины – 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.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 3

Мальчик С., 9 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дед ребенка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

На первом году жизни у ребенка появлялись кровоподтеки с уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы уздечки нижней губы. После года были повторные носовые кровотечения без видимой травмы. В возрасте 5 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нем ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.

Общий анализ крови: Hb – 93 г/л, Эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц.П. 0,77, ретикулоциты 2,5 %, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в п/зр, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – неизмененные единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при этом заболевании?
4. Назначьте лечение этому больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?
6. Укажите тип кровоточивости у больного.
7. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?
8. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?
9. Какие методы обследования показаны этому больному? Предполагаемые изменения.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

Болезни органов мочевой системы.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15

ЗАДАЧА 1

Мальчик 10 лет поступил в стационар с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. **Анамнез жизни:** ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом I половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3250,0 г, длина 52 см. Раннее развитие без особенностей. До 1 года отмечались кожные проявления atopического дерматита. После 3,5 лет стал посещать детский сад, где часто болел ОРВИ. **Анамнез болезни:** три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появилась головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была мутной темно-коричневого цвета. В связи с этими жалобами был госпитализирован.

При осмотре в стационаре: 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 перкуторно расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделил 300,0 мл мочи, моча красно-коричневого цвета, мутная.

Данные обследования: **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 отрицат. **Общий анализ крови:** Нв– 105 г/л, лейкоц. – $9,3 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 71%, лимф – 18%, мон – 3%; эоз – 1%; тромб. – 530×10^9 /л. СОЭ = 25 мм/ч. **Биохимический анализ крови:** общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевины 15 ммоль/л, креатинин 140 ммоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ-О 1:1000, СРБ 0,012 (N=0,0001), калий 6,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л. **Клиренс по эндогенному креатинину:** 52 мл/мин. **УЗИ почек:** почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная системы без деформаций и эктазий.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой диагноз можно поставить, согласно классификации?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова наиболее вероятная этиология заболевания в данном случае?
4. Оцените функцию почек у данного пациента.
5. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
6. Каков генез отеков при данном заболевании?
7. Назовите основные механизмы развития отеков при данном заболевании.
8. Составьте план лечения заболевания данного ребенка.
9. Какая диета необходима ребенку?
10. Какие осложнения возможны при данном заболевании? Обоснуйте выбор препарата (препаратов) для этиотропной терапии.
11. Показано ли назначение в данном случае глюкокортикоидных препаратов?
12. Каков прогноз заболевания в большинстве случаев?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 2

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. – $5,2 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $416,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /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 – 13,2 г/л (норма – 1,7-4,5), калий – 3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевины – 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?
- ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 3

Девочка 11 лет поступила в больницу с жалобами на тошноту, головную боль, бурое окрашивание мочи.

Ребенок от 3 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, от 2 срочных неосложненных родов. Родилась с массой тела 3450, длиной 52 см. Ранее развитие без особенностей, до года не болела, после года болела ОРВИ нечасто (3-4 раза в год), перенесла ветряную оспу, корь, дважды-ангину. Родители здоровы, в семье еще 1 мальчик 15 лет, страдает хроническим гастродуоденитом.

В возрасте 5 лет после ОРВИ у девочки появились отеки, повышение АД до 130/90 мм. рт. ст.; макрогематурия, протеинурия до 5 г/л. Получала терапию диуретиками, гипотензивными препаратами, гепарин, курантил, преднизолон, в 9-летнем возрасте проведен 1 курс цитостатиков. Эффект от лечения частичный в виде исчезновения отеков и снижения АД; постоянно сохранялись гематурия и протеинурия до 1-2 грамм в сутки. В последнее время АД стойко держалось на уровне 150/100 мм. рт. ст. Данное ухудшение состояния отмечалось после перенесенного гриппа.

Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, с сероватым оттенком. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки. АД 155/100 мм. рт. ст. В легких хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 72 / в мин. Выслушивается негрубый систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диурез 450 мл в сутки, моча мутная, бурого цвета.

Клинический анализ крови: Нв – 90 г/л, эр. – 3.1×10^{12} /л, тромб. – $280,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $6,6 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 56%, эоз. – 1%, лимф. – 39%, мон. – 2%, СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1011, белок – 4,5 г/л, эритроциты измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 48 г/л, альбумины – 25 г/л, СРБ – 0,012 (норма 0,0001), холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 6,1 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 42 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, уменьшены в размерах, плохо дифференцируются от окружающей ткани, контуры неровные. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз
2. Как Вы оцениваете функцию почек у больной?
3. Какие исследования необходимы для оценки канальцевой функции почек?
4. Каков генез анемии у больной?
5. Ваша тактика лечения?
6. Какая диета необходима больной?
7. Какие изменения КОС могут быть у этого ребенка и каков механизм их развития?
8. Какие изменения на глазном дне возможны у больного и какова их причина?
9. Какая симптоматическая терапия показана больному?
10. Каков прогноз заболевания?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

Гастроэнтерология

ЗАДАЧА 1

Мальчик 13 лет, в течение последних двух лет беспокоят боли в эпигастральной области утром натощак, реже через 1-1,5 часа после еды, иногда бывают ночные боли. Боли купируются приёмом пищи или 1-2 пакетиков фосфалюгеля. В это же время появились диспепсические явления: отрыжка, тошнота, редкая изжога. Обострения бывают до 3 раз в год, чаще в осенне-весеннее время, провоцирующими факторами являются стрессовые ситуации, а также использование продуктов предприятий быстрого питания. Настоящее обострение наблюдается в течение последних 2 недель.

Семейный анамнез: по линии отца ребёнка отмечаются язвенная болезнь 12-перстной кишки (у бабушки и отца), гастрит (у бабушки), по линии матери – вегетососудистая дистония по ваготоническому типу.

При осмотре: рост 164 см, масса 46 кг, кожные покровы бледно-розовые, язык обложен белым налётом. Сердце – ЧСС 66 уд/мин, тоны ясные, акцент второго тона на лёгочной артерии. АД 105/70 мм рт.ст. Живот не вздут, симптом Менделя положительный в эпигастрии, пальпаторная болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, точке Мейо-Робсона. Печень у края рёберной дуги, безболезненная. По другим органам без патологии.

Анализ крови клинический: Нб – 134 г/л, э.– $4,35 \times 10^{12}$ /л, ЦП– 0,92, л. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 55 %, эоз. - 3%, лимф. - 34%, мон. - 7%, СОЭ 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачная, относительная плотность 1021, рН 6,0, белок нет, сахар нет, эпителий плоский – немного, л-ты 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, билирубин общий 10,2 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, ЩФ 430 ед (норма до 600 ед), АлАт 25 ед/л, АсАт -20 ед/л, амилаза 80 ед/л (норма до 120).**Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода гиперемирована, кардия плохо смыкается, гастро-эзофагальный рефлекс. В желудке мутная слизь, гиперемия в области тела. Множественные плоские выбухания и гиперемия в области антрального отдела желудка. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована, на задней

стенке язвенный дефект 0,5x0,7см, округлой формы, с гиперемизированным валиком, дно покрыто фибрином, на передней стенке щелевидная язва 0,3x0,7см с чистым дном. Взята биопсия.

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз, его обоснование.
 2. Этиопатогенез заболевания.
 3. Оцените представленные лабораторные исследования.
 4. Какие исследования обязательно следует провести для патогенетического лечения?
 5. Следует ли проводить ребиенку рН-мониторинг верхних отделов пищеварительного тракта и с какой целью?
 6. Имеются ли эндоскопические признаки хеликобактерной инфекции?
 7. Укажите все известные диагностические методы хеликобактерной инфекции, какие из них информативны для диагностики инвазии и для диагностики эрадикации *H. pylori*.
 8. Что такое эрадикация *H. pylori* инфекции?
 9. Предложите схему лечения данного заболевания.
 10. Перечислите основные рекомендации по наблюдению больного после выписки из стационара.
- ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 2

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен.

Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, бабушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области. Отмечается болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный.

Анализ крови клинический: Hb – 72 г/л; эр. – $2,8 \times 10^{12}/л$; ц.п. – 0,77; ретикулоциты – 50г/л, Ht – 29 об%; лейкоц – $8,7 \times 10^9/л$; п/я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 12 мм/час; тромб – $390,0 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Общий анализ мочи: кол-во 90 мл, цвет – сол.-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок. Слизистая оболочка луковицы с выраженным отеком и гиперемией. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета. По задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутривенные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
7. Назначьте и обоснуйте лечение.
8. Расскажите о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.
9. Какая сопутствующая патология имеется у ребенка?
10. Обоснуйте причины появления данной сопутствующей патологии.
11. Какова тактика диспансерного наблюдения?

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

ЗАДАЧА 3

Мальчик, 10 лет, в течение последнего года боли в эпигастрии, появляющиеся утром до завтрака, через 1-2 часа после еды, ночные, а также иногда сразу после еды. Боли купируются приёмом пищи, маалоксом, но-шпой. Диспепсические жалобы: на отрыжку после еды, тошноту, урчание в животе при голоде. Настоящее обострение в течение недели после стрессового фактора в школе.

Семейный анамнез: у матери ребёнка хронический гастрит, у бабушки по линии отца язвенная болезнь 12-перстной кишки, бабушка по линии матери умер от рака желудка.

При осмотре: рост 150 см, масса 35 кг, кожные покровы бледно-розовые, чистые. Сердце – тоны ясные, звучные, акцент II тона на лёгочной артерии, ЧСС – 72 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, симптом Менделя положительный в эпигастрии, болезненность при пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области, печень у края рёберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв 130 г/л, эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,89, лейкоц. – $5,6 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 56 %, эоз. 2%, лимфоциты 33%, моноциты 6%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1019, рН 5,0, белок нет, сахар нет, Лейк. 1-2-3 в п/зр, эпителий плоский – 2-3 в п/зр, Слизь – небольшое количество.

Биохимический анализ крови: Общий белок 67 г/л, Билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, ЩФ 300 ед (норма до 600 ед), АлАт 21 ед/л, АсАт -24 ед/л, амилаза 100 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5).

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В желудке умеренное количество мутной слизи, в теле и антральном отделе множественные разнокалиберные выбухания, очаговая гиперемия. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3x0,6 см. По задней стенке на том же уровне – щелевидная язва с ровными краями и глубоким дном с наложениями детрита, размером 0,4x0,6 см на задней стенке. Взята биопсия слизистой антрального отдела.

Результаты биопсии: Выявлена 2 степень обсеменённости слизистой оболочки антрального отдела *Helicobacter pylori*.

Быстрый уреазный тест: положительный (2 мин)

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз и его обоснование
2. Перечислите необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Оцените результаты проведённых исследований
4. Перечислите основные звенья этиопатогенеза заболевания
5. Назначьте больному диету, какие её основные принципы.
6. Современные принципы лечения данного заболевания.
7. Принципы катamnестического наблюдения.

ОК-7;ОПК-7;ОПК-8;ОПК-9;ПК-1;ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8;ПК-9;ПК-10;ПК-11;ПК-14.ПК-15;

СОБЕСЕДОВАНИЕ (ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ) (ПРИМЕРЫ)

Модуль 1. Фоновые состояния в педиатрии

ОК-7,ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК- 14, ПК-15,ПК-20

1. Рахит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лечение.
2. Рахит. Клиника. Дифференциальный диагноз с рахитоподобными заболеваниями.
3. Гипервитаминоз Д, патогенез, клиника, формы, Лечение.
4. Спазмофилия. Причины. Предрасполагающие факторы. Критерии диагностики. Значение определение уровня кальция в сыворотке крови в диагностике спазмофилии.
5. Спазмофилия. Явная и скрытая спазмофилия.Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Лечение.
6. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста. Предрасполагающие факторы. Клиническая картина. Лечение.
7. Экссудативно-катаральный диатез. Современные представления об этиопатогенезе. Клиническая картина. Лечение.
8. Нервно-артритический диатез. Этиология. Клинические проявления. Диспансерное наблюдение за детьми, принципы реабилитации.
9. Лимфатико-гипопластический диатез. Этиология. Клинические проявления. Диспансерное наблюдение за детьми, принципы реабилитации.
10. Острые аллергические реакции. Клинические проявления. Принципы терапии.
11. ВПС. Определение. Классификация. Клинические проявления. Лечение.

Модуль 2. Гастроэнтерология раннего возраста

ОК-7,ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20

- 1.Классификация хронических расстройств питания. Критерии диагностики. Влияние на течение других заболеваний у детей раннего возраста.
2. Гипотрофия. Этиология. Классификация. Клиническая картина.
3. Профилактика гипотрофии. Лечение.

Модуль 3. Пульмонология раннего возраста ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20

- 1.Острый бронхит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз.
- 2.Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста. Клинические проявления. Лечение. Этиология. Патогенез.
- 3.Классификация острых пневмоний. Влияние АФО ребенка раннего возраста на течение острой бронхолегочной патологии.
4. Пневмония у детей раннего возраста. Клиническая и рентгенологическая картины. Принципы лечения.

Модуль 4. Патология органов дыхания ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20

1. Бронхиальная астма. Основные патогенетические механизмы БА. Клиника.Классификация
2. Лечение бронхиальной астмы: базисная терапия, неотложная терапия в приступном периоде.
3. Вирусно-бактериальные пневмонии у детей старшего возраста. Клиника. Принципы лечения на дому, в стационаре. «Д» наблюдение. Показания к санаторно-курортному лечению.
4. Хроническая пневмония. Определение. Этиология. Предрасполагающие факторы. Классификация. Клиническая картина. Лечение.

Модуль 5.Патология сердечно-сосудистой системы ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20

- 1.Ревматизм. Этиология. Патогенез. Клиническая картина первой атаки у детей. Лечение Диспансерное наблюдение.
2. Ревматизм. Классификация. Критерии диагностики и активности процесса
3. Неревматический кардит Причины и Патогенез диагностика, диф. диагностика и лечения.
4. Острая и хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез и лечение.

Модуль:6 Гематология: ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20

1. Гемофилия. Классификация. Патогенез кровоточивости. Клиника. Диагноз.Лечение в период ремиссии. Осложнения. Исходы. Диспансерное наблюдение.
2. Тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Частота гетероиммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей, роль вирусной и бактериальной инфекции,
3. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация.
4. Гемолитические анемии. Клинические проявления. Диагноз. Картина крови.
5. Острый лейкоз. Современные представления об этиопатогенезе лейкоза. Классификация. Диагностика (современный диагностический комплекс).

Модуль: 7. Гастроэнтерология и нефрология. ОК-7,ОПК-1ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,ПК-1,ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15,ПК-20

1. Гастриты. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Диетотерапия.
2. Язвенная болезнь желудка. Этиопатогенез. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз.Лечение язвенной болезни. Медикаменты. Санаторно-курортное лечение.
3. Дискинезии желчевыводящих путей. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение в зависимости от типа дискинезий.
4. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение
5. Острый пиелонефрит. Этиология. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Модуль 8. Патология неонатального периода ОК-7, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15, ПК-20

1. Врожденные инфекции. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
2. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР). Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. Лечение.
3. Сепсис новорожденных. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
4. Понятие о в/у гипоксии и асфиксии плода и новорожденного. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.

РЕФЕРАТЫ:

Модуль 1. Фоновые состояния в педиатрии

1. Тема: Экссудативно-катаральный диатез у детей, особенности вскармливания.
2. Тема: Особенности вакцинации детей с аномалиями конституции.
3. Тема: Рахитоподобные заболевания.
4. Тема: Гипервитаминоз «Д»
5. Тема: Анемия Минковского - Шоффара.
6. Тема: Гемоглобинопатии. Диагностика и лечение.
7. Тема: Недостаточность кровообращения при ВПС. Классификация.
8. Тема: Принципы лечения Показания и сроки хирургического лечения при ВПС.

Модуль 2. Гастроэнтерология раннего возраста

9. Тема: Синдром ЗВУР у новорожденных детей.
10. Тема: Проведение расчёта питания при гипотрофии.
11. Тема: Составление схемы лечения больного с гипотрофией III степени.

Модуль 3. Пульмонология раннего возраста

12. Тема: Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности, синдроме крупа.
13. Тема: Диетотерапии и других лечебных мероприятий при заболеваниях органов дыхания.
14. Тема: Пневмонии у недоношенных детей.
15. Тема: Стимулирующей терапии детям с заболеваниями органов дыхания в соответствии с иммунологическим статусом.

Модуль 4. Патология органов дыхания старшего возраста.

16. Тема: Хр. бронхит у детей с муковисцидозом
17. Тема: Выбор антибактериальной терапии, диспансерное наблюдение реабилитации детей с острой пневмонией
18. Тема: Симптоматическая и базисная терапия астмы. АСИТ. Астматический статус.

Модуль 5. Патология сердечно-сосудистой системы

19. Тема: Возвратный ревмокардит. Клиника. Дифференциальный диагноз.
20. Тема: Диагностические критерии ревматоидного артрита, ювенильного хронического артрита, реактивного артрита, болезни Рейтера, ревматизма.

Модуль:6. Гематология:

21. Тема: Основные принципы лечения лейкозов.
22. Тема: Лабораторная диагностика геморрагических диатезов.
23. Тема: Современные подходы лечению геморрагических диатезов.

Модуль: 7. Гастроэнтерология и нефрология старшего возраста

24. Тема: Тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение.
25. Тема: Схемы иррадикационной терапии в лечении детей с хроническим гастродуоденитом.
26. Тема: Лечение ребенка с хроническими запорами.

27. Тема: Структурно-функциональная характеристика почек плода и новорожденного. Их роль в поддержании гомеостаза.

28. Тема: Оценка УЗИ желчного пузыря и желчных протоков

Модуль 8. Патология неонатального периода.

29. Тема: Первичная и реанимационная помощь новорожденному, родившемуся в асфиксии;

30. Тема: Современные методы диагностики внутриутробных инфекций;

31. Тема: Дифференциальная диагностика внутриутробных инфекций;

32. Тема: Современные методы респираторной поддержки новорожденных при дыхательной недостаточности;

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Билеты
ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №1

1. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения внебольничных пневмоний у детей.
2. Спазмофилия, симптомы для диагностики скрытой формы (Rp).
3. ВПС, 4 группы, перечислить.
4. Лимф. гипопл. диатез, кл. лабораторная Диагностика.
5. Гипотрофии. Этиология, патогенез, классификация.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс
Билет №2

1. Патогенез рахита, проба Сулковича.
2. Клиника врожденного порока сердца.
3. Клиника Ж.Д.А.
4. Вакцинация детей с А, Д,
5. Принцип лечения гипотрофии. II ст. препараты.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс
Билет №3

1. Лечение рахита, профилактика спец. и неспец. (лек-ва).
2. Тетрада Фалло.
3. Физиологическая роль железа в организме обмен Fe в организм.
4. Иммуномодуляторы для леч. А.Д.
5. Принцип лечения гипотрофии III ст., препараты.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс
билет №4

1. Спазмофилия, классификация.
2. Триада Фалло.
3. Причины развития анемии.
4. Витаминотерапия для лечения А.Д.
5. Парентеральное питание (препараты).

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №5

1. Клиника рахита, классификация.
2. Пентада Фалло.
3. Клиника Ж.Д.А., легкая степень.
4. Препараты для лечения дисбиоза (перечислить).
5. Биопрепараты для лечения гипотрофии.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №6

1. Триада, тетрада, пентала Фалло.
2. Нервноартретический диатез, этиология, клиника лечения (Rp..)
3. Классификация пневмоний.
4. Лаб. диагностика Ж.Д.А.
5. Гипервитаминоз Д. клиника, лечение (перечислить препараты).

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №7

1. Антенатальная и постнатальная профилактика рахита, проба Сулковича.
2. Триада Грегера.
3. Лабораторная диагностика анемий.
4. Лечение А.Д. (атопический дерматит). антигистаминные препараты
5. Классификация гипотрофий.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №8.

1. Критерии эфф. лечения рахита (лаб. Дs-ка, клиника).
2. ВПС-болезнь Толочинова-Роже-клиника.
3. Эксс. кат. диатез, клиника, лечение.
4. Острый облитерирующий бронхолит, клиника, лечение.
5. Гипотрофия III ст. критерии Дs-ки, лечение.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №9

1. Пневмонии, классификация.
2. Лаб. Дs-ка Ж.Д.А.
3. Патогенез рахита, роль паратгормона, кальцитоника и др-х желез в этой патологии.
4. ВПС, классификация, лечение.
5. Лимфатико-гипопластический диатез. Клиника, Дs-ка, лечение.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №10

1. Патогенез пневмоний. Строение легкого (доли, сегменты).
2. Проба Сулковича, реактив.
3. Аллергический диатез.
4. Классификация бронхитов и дифф. Дs-ка.
5. Гипотрофия, критерии диагностики.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №11

1. Клиника крупозной пневмонии лаб. Дs-ка, лечение.

- 2.Триада, тетрада, пентада Фалло, клиника, лечение.
- 3.Виды рахита, лаб. N Са, фосфора. Лечение.
- 4.Атопический дерматит, классификация.
5. Лечение больных гипотрофий I ст.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс
Билет №12

- 1.Классификация анемий
- 2.Патогенез рахита
- 3.Пневмонии,домашние и госпитальные диф. Дs-ка.
- 4.Н.А.Д. клиника,лечение
- 5.Тетрада Фалло.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №13

- 1.Атопический дерматит,лечение
- 2.Интерстициальная пневмония, Дифф .диагностика с другими пневмониями ,лечение (препараты).
- 3.Гипервитаминоз «Д», лечение.
- 4.Гипотрафии. этиопатогенез. Классификация
- 5.Анемии ,классификация.Формула крови.Перекрест нейтрофилов и лейкоцитов

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет №14

- 1.Питание больного ребенка .Столы по Воскресенскому (Певзнеру) перечислить.
- 2.Основы ЭКГ. Особенности ЭКГ у детей.
- 3.Степени и типы дыхательной недостаточности.
- 4.Острые пневмонии. Особенности течения у детей старшего возраста
- 5.Неревматические кардиты у детей. Патогенез, клиника ,лечение

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет № 15

- 1.Острая и хроническая сердечная недостаточность. Лечение. Неотложная помощь.
- 2.Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Критерии диагностики.
- 3.Острый бронхит. Дифф . диагностика с бронхо -обструктивным синдромом.
- 4.Витамин » Д « -дефицитный рахит.. Этиопатогенез, клиника .Лечение
- 5.Функциональные нарушения пищеварительного тракта .Синдром мальабсорбции .

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

Билет № 16

- 1.О.Р.Л.Диагностика Лечение.Профилактика
- 2.Функциональные нарушения Ж К Т. Пилоростеноз
- 3.Перечислить цефалоспорины и аминогликозиды.
- 4.Острая дыхательная недостаточность. Бронхоэктатическая болезнь.
- 5.Хронические расстройства питания у детей.Диетотерапия.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

4 курс Билет №17

- 1.Симптоматическая и базисная терапия астмы. АСИТ .Астматический статус. Неотложная помощь.
- 2.Острые пневмонии. Особенности течения у детей старшего возраста
- 3.Основы иммунологии. Механизм формирования аллергических реакций.
- 4.Анемический синдром. Фолиеводефицитные анемии.Перечислить препараты для лечения анемии.
- 5.Питание больного ребенка .Столы по Певзнеру

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

4 курс .Билет № 18

- 1.Схема заполнения «Мед.карты стационарного больного»
- 2.Рахит.Классификация.Дифф.диагностика с другими заболеваниями.
- 3.ВПС у детей.Классификация .Тетрада Фалло
- 4.Дисбиоз кишечника у детей.
- 5.Заболевания новорожденных.Асфиксия н-х,ВУИ ,Желтухи новорожденных

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

4 курс Билет № 19

- 1.Спазмофилия.Классификация.Лечение.Проба Сулковича
- 2.Болезнь Толочинова - Роже. Лечение ВПС
- 3.Белково-энергетическая недостаточность. Нутритивная поддержка
- 4.Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности
- 5.Аномалии конституции. Перечислить диатезы и назначить лечение.

ДГМУ Пед.фак. 4 курс

4 курс Билет №20

- 1.Бронхоэктатическая болезнь .Диагностика .Лечение.
- 2.Заболевания мочевыделительной системы. Перечислить антибиотики показанные для назначения при этих заболеваниях.3.
- 3.Аллергодиагностика. Бронхиальная астма. Этиопатогенез, клиника, лечение.
- 4.Гипервитаминоз «Д».Диагностика , лечение
- 5.Кислотозависимые заболевания верхних отделов ЖКТик..Классификация.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной работе
профессор Шахбанов Р.К.

« ___ » _____ 2018 г.

АННОТАЦИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ
«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ»

Индекс дисциплины: Б1Б37

Специальность: **31.05.02** Педиатрия

Уровень высшего образования - СПЕЦИАЛИСТ

Квалификация выпускника – Врач-педиатр

Факультет педиатрический

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

Форма обучения - очная

Курс 4, 5

Семестр: 7,8,9,10

Всего трудоемкость часов (в зачетных единицах/часах): 10/360 час.

Лекции -68 часов.

Практические занятия - 164 часов.

Самостоятельная работа - 92 часов.

Форма контроля - экзамен (36 часов)

Махачкала, 2018г.

Цель и задачи освоения дисциплины.

Цель освоения дисциплины: изучение основных симптомов и симптомокомплексов наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста, современных методов их диагностики, лечения (с знанием основных лекарственных средств, способов их введения, дозировок в зависимости от возраста) и принципов профилактики, направленное на формирование соответствующих компетенций.

Задачи дисциплины:

Студент *должен знать*:

Этиологию и патогенез наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; их типичные (классические) клинические проявления и течение у детей и подростков; современные методы их диагностики, лечения и профилактики.

Студент *должен уметь*:

Распознать основные симптомы и симптома комплексы наиболее распространенных нозологических форм заболеваний детского возраста; определить стандартные методы обследования, направленные на верификацию диагноза; провести дифференциальную диагностику, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз согласно принятой классификации; разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом возраста ребенка, использовать методы немедикаментозного лечения; провести реабилитационные мероприятия.

Студент *должен владеть*:

Навыками клинического обследования детей различного возраста для выявления патологии заболеваний; навыками составления плана стандартного (клинического, лабораторного, инструментального) обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов обследования; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным детям и подросткам; расчетом дозы лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, навыками проведения профилактических мероприятий при наиболее распространенных заболеваниях у детей. Формирование у студентов практических навыков по педиатрии и оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях;

КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «Факультетская педиатрия»

№	Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование компетенции(или ее части)
1	2	3
Общекультурные компетенции		

ОК-1	<p>способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности</p>	<p>-знать социально-значимые проблемы и процессы</p> <p>-уметь использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности</p> <p>-владеть методами гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности</p>
ОК-5	<p>способность и готовность 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</p>	<p>- уметь вести дискуссии и полемики,</p> <p>- владеть логическим и аргументированным анализом, публичной речью, редактированием текстов профессионального содержания, навыками воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничества и разрешения конфликтов, подготовлен к толерантности</p>
ОК-7	<p>способность и готовность использовать методы управления, организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции</p>	<p>- знать методы управления</p> <p>- Уметь принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции</p> <p>- владеть методами управления, организации работы исполнителей</p>
ОК-8	<p>способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и</p>	<p>- знать принятые в обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией</p> <p>- уметь соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с</p>

<p>нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну</p>	<p>конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну</p> <p>-владеть: способен осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну</p>
--	--

Общепрофессиональные компетенции

<p>ОПК-1-готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности;</p> <p>ОПК-6-готовностью к ведению медицинской документации;</p> <p>ОПК-7-готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач;</p> <p>ОПК-8-готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач;</p> <p>ОПК-9-способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;</p> <p>ОПК-10-готовностью к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи;</p> <p>ОПК-11-готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.</p>
--

Профессиональные компетенции

<p>ПК-3</p>	<p>Способность и готовность 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</p>	<p>- знать методы системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений</p> <p>- уметь использовать метод системного подхода к анализу медицинской информации</p> <p>- владеть системным подходом к анализу медицинской информации в целях совершенствования профессиональной</p>
-------------	---	---

	профессиональной деятельности	деятельности
ПК-4	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность	<ul style="list-style-type: none"> - знать методы анализа результатов собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок - уметь анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность - владеть навыками анализа результатов собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок
ПК-5	способность и готовность проводить и интерпретировать опрос и физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка различного возраста; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных, морфологического анализа методов биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка	<ul style="list-style-type: none"> - знать методы и принципы опроса и физикального осмотра, клинического обследования ребенка различного возраста; оценки результатов современных лабораторно-инструментальных, морфологического методов анализа биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; заполнения карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка - уметь проводить и интерпретировать опрос и физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка различного возраста; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных, морфологического анализа методов биопсийного, операционного и секционного материала у больных детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка - владеть навыками применения этих методов в практической деятельности
ПК-6	Способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики,	<ul style="list-style-type: none"> - знать клинические синдромы, патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп - уметь проводить оценку клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения,

	лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп	реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп - владеть методами оценки клинических синдромов, обосновывания патогенетически оправданных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп
ПК-9	способность и готовность к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами – детьми и подростками, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач	- знать принципы работы с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами – детьми и подростками - уметь получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач - владеть навыками работы с компьютерной техникой, используемой в работе с пациентами
ПК-12	Способность и готовность проводить с прикрепленным детским населением и подростками профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учетом факторов риска, назначать питание здоровому ребенку, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и	- знать профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учетом факторов риска - уметь проводить с прикрепленным детским населением и подростками профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни с учетом факторов риска, назначать питание здоровому ребенку, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми и подростками - владеть навыками использования мероприятий в практической деятельности

	хроническими больными детьми и подростками	
ПК-15	способность и готовность к постановке диагноза больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования	<p>- знать принципы оценки данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования</p> <p>- уметь обосновывать диагноз больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования</p> <p>- владеть навыками постановки диагноза больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования</p>
ПК-16	способности и готовности анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов	<p>- знать закономерности функционирования отдельных органов и систем, анатомо-физиологических основы, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков</p> <p>- уметь анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов</p> <p>- владеть принципами оценки закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма детей и подростков для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов</p>
ПК-17	способность и готовность выявлять у больных детей и подростков основные патологические симптомы и синдромы заболеваний,	- знать основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, основы медико-биологических и клинических дисциплин, алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом

	<p>используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, анализировать закономерности функционирования отдельных 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</p>	<p>Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p> <ul style="list-style-type: none"> - уметь выявлять у больных детей и подростков основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний - владеть навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, использования алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнения основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний
ПК-18	<p>способность и готовность анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка для успешной лечебно-профилактической деятельности</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знать принципы оценки результатов современных диагностических технологий по возрастно-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка - уметь анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка для успешной лечебно-профилактической деятельности - владеть навыками оценки результатов современных диагностических технологий по возрастно-половым группам детей и подростков с учетом их физиологических особенностей организма ребенка
ПК-19	<p>способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знать основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях у детей и подростков, способных вызвать осложнения

	<p>наиболее часто встречающихся заболеваний у детей и подростков, способных вызвать осложнения / или летальный исход: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и крови; своевременно выявлять жизнеугрожающие состояния (острая кровопотеря, нарушении дыхания, остановка сердца, кома, шок) использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия</p>	<p>/ или летальный исход: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и крови;</p> <p>- уметь выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях у детей и подростков, способных вызвать осложнения / или летальный исход: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и крови; своевременно выявлять жизнеугрожающие состояния (острая кровопотеря, нарушении дыхания, остановка сердца, кома, шок) использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия</p> <p>- владеть навыками мероприятий</p>
ПК-20	<p>Способность и готовность назначать больным детям и подросткам адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение с соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным детям и подросткам с инфекционными и неинфекционными заболеваниями</p>	<p>- знать принципы назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии больным детям и подросткам с инфекционными и неинфекционными заболеваниями</p> <p>- уметь назначать больным детям и подросткам адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение с соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии</p> <p>владеть навыками назначения больным детям и подросткам адекватного лечения с соответствии с выставленным диагнозом, осуществления алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии</p>

3.

Место учебной дисциплины в структуре образовательной программы.

Учебная дисциплина факультетская педиатрия относится к учебному разделу «Профессиональный цикл» базовой части обязательных дисциплин:

Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами, определяющими готовность к последующему обучению. Эти знания логически и содержательно-методически формируются на базе изучения предшествующих дисциплин:

1. Биоэтика

(наименование дисциплины/практики)

Знания: моральных и правовых норм, принятых в обществе, принципов деонтологии

Умения: реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, детьми и подростками, их родителями и родственниками

2. Правоведение

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основ законодательства РФ, федеральных законов и нормативных правовых актов в сфере здравоохранения и охраны здоровья граждан Российской Федерации

Умения: осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе правовых норм, соблюдать законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну

3. Биохимия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных биохимических процессов в организме человека в норме и при патологии

Умения: интерпретировать результаты биохимических анализов биологических сред

4. Микробиология, вирусология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: облигатной микрофлоры человека, основных возбудителей инфекционных заболеваний

Умения: интерпретировать результаты бактериологических, вирусологических и серологических исследований биологических сред человека

5. Фармакология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: лекарственные средства основных фармакологических групп, их фармакодинамика и фармакокинетика в условиях основных патологических состояний, нежелательные лекарственные реакции.

Умения: назначать лекарственные средства при основных заболеваниях человека

Навыки: расчет дозы основных лекарственных средств при патологии у детей разного возраста

6. Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия

(наименование дисциплины/практики)

Знания: особенностей патоморфологии при основных заболеваниях человека, возрастные особенности у детей

Умения: интерпретировать результаты патоморфологических исследований

7. Патофизиология, клиническая патофизиология

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных закономерностей патологии человека, патогенез основных групп заболеваний

Умения: анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при разных заболеваниях и патологических процессах

8. Пропедевтика внутренних болезней

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных симптомов и синдромов при основных заболеваниях взрослых пациентов, основных методов лучевой диагностики, правил подготовки и проведения лучевых методов диагностики, признаков нормы и патологии при разных методах лучевой диагностики

Умения: интерпретация данных объективного обследования взрослых пациентов и результатов методов лучевой диагностики

Навыки: объективное обследование (пальпация перкуссия, аускультация) взрослых пациентов, назначение методов лучевой диагностики, подготовка к ним

9. Пропедевтика детских болезней

(наименование дисциплины/практики)

Знания: основных симптомов и синдромов при основных заболеваниях у детей

Умения: интерпретация данных объективного обследования у детей

Навыки: объективное обследование (пальпация перкуссия, аускультация) у детей

С.3 Инфекционные болезни у детей

(наименование дисциплины/практики)

Знания: эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения основных инфекционных и паразитарных заболеваний у детей

Умения: интерпретация данных объективного и лабораторно-инструментального обследования при основных инфекционных заболеваниях у детей

Навыки: назначение плана обследования, дифференциальной диагностики, лечения, первичной и вторичной профилактики основных инфекционных заболеваний у детей

4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ.

Вид учебной работы		Всего часов	Количество часов в семестре			
			7	8	9	10
1		2	3	4	5	6
Контактная работа (всего), в том числе:		232				
Аудиторная работа		232	56	64	60	52
Лекции (Л)		68	16	18	18	16
Практические занятия (ПЗ),		164	40	46	42	36
Семинары (С)						
Лабораторные работы (ЛР)						
Внеаудиторная работа						
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		92	52	8	12	20
Вид промежуточной аттестации	Зачет (З)					
	Экзамен(Э)					
Итого: Общая трудоемкость	Час	324	108	72	72	72
	ЗЕТ	5 з.е				

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Разделы дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы контроля

№ семестра	Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды деятельности (в часах)				Оценочные средства для текущего контроля	
			Л	ПЗ	СРО	Всего		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	ОК-7, ОПК-1 ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-14, ПК-15, ПК-20	Раздел 1. Фоновые состояния в педиатрии	8	20	26	54	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование	
		Раздел 2 Гастроэнтерология раннего возраста	4	10	13	27	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование	
		Раздел 3 Пульмонология раннего возраста	4	10	13	27	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование	

	8		Раздел 4. Патология органов дыхания детей старшего возраста	8	20	2	30	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование
			Раздел 5. Патология сердечно-сосудистой системы	10	26	6	42	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование
	9		Раздел 6. Гематология	8	18	4	30	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование
			Раздел 7. Гастроэнтерология и нефрология.	10	24	8	42	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование

	10		Раздел 8. Патология неонатального периода	16	36	29	72	Реферат Контрольная Работа. Тесты Презентации Собеседование
			ИТОГО	68	164	92	324	