

№ МПД-19

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического совета
«23» мая 2023 г. №5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Педиатрия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 17 мая 2023 г. (протокол № 10)**



Заведующий кафедрой

_____ *ростись*

к.м.н. Дзилихова К.М.

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к модулю
 - банк ситуационных задач/практических заданий
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
 - экзаменационные билеты

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

по дисциплине «Педиатрия»

для студентов 4 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №2 на основании рабочей программы учебной дисциплины Педиатрия, утвержденной в 2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС ВО 3++ для медико-профилактического факультета.

Оценочные материалы включают в себя:

- вопросы к модулю,
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- билеты к зачету

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Педиатрия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 4 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты и т.д.), деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы дисциплины «Педиатрия» способствует качественной оценке уровня владения универсальными/общепрофессиональными/ профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по _дисциплине «Педиатрия» могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на медико-профилактическом факультете у студентов 4 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК по педиатрии, д.м.н., проф. _____ Т.Т. Бораева

М.П.

Паспорт фонда оценочных средств по

Педиатрии

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного материала
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий		
1.	Анатомо-физиологические особенности детей.	ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК- 8, ОПК-9, ОПК-11	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач
2.	Заболевания детей младшего возраста.		
3.	Заболевание детей старшего возраста.		
4.	Инфекционные заболевания у детей.		
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Зачет	ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК- 8, ОПК-9, ОПК-11	тестовый контроль, билеты к зачету

Вопросы к модулю

Анатомо-физиологические особенности детей.

1. Периоды детского возраста. Роль возрастного фактора в патологии ребенка.
2. Возрастные анатомо-физиологические особенности детского возраста (АФО кожи, костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, кроветворной, нервной, эндокринной систем у детей)
3. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока. Гипогалактия, ее причины, меры предупреждения и лечения.
4. Противопоказания и затруднения при естественном вскармливании со стороны матери и ребенка. Расчет питания новорожденного. Молозиво, переходное и зрелое молоко.
5. Смешанное и искусственное вскармливание детей, показания к применению. Формулы расчета питания. Смеси для смешанного и искусственного вскармливания.
6. Понятия о дозированном и свободном вскармливании, показания к назначению. Сроки и правила отнятия ребенка от груди. Сроки и техника введения прикорма.
7. Критерии оценки физического и психомоторного развития у детей первого года жизни.

Патология детей раннего возраста.

1. Недоношенные дети. Причины преждевременного рождения детей. Клинические признаки недоношенности.
2. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Прогноз. Лечение.
3. Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диф. Диагноз. Лечение. Прогноз.
4. Дистрофии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика.
5. Железодефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Прогноз.
6. Рахит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
7. Спазмофилия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Гипервитаминоз Д. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Патология детей старшего возраста.

1. Острая пневмония. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
2. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Острая ревматическая лихорадка. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
5. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз
6. Гемофилия. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
7. Острый лейкоз. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
8. Язвенная болезнь. Особенности течения, диагностики и лечения в детском возрасте.
9. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
10. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Детские инфекции и неотложные состояния

1. Острые респираторные вирусные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
2. Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Ветряная оспа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Профилактика. Прогноз.
5. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
6. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
7. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
9. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и пат.анатомия. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. Прогноз.

10. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
11. Острые вирусные гепатиты. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
12. Острые кишечные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
13. Полиомиелит. Эпидемиология. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.
14. Вакцинальный календарь РФ. Противопоказания к проведению прививок.
15. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме.
16. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
17. Неотложная помощь при эксикозе.
18. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
19. Неотложная помощь при крупе.
20. Неотложная помощь при обмороке.
21. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 5

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №1

Ребенок 9 месяцев

Данные анамнеза: заболел остро, на 3-й день контакта со старшим братом, страдающим ОРВИ, протекающей с фебрильной температурой тела, болями в животе, однократной рвотой. В первый день болезни у данного пациента повысилась температура тела до 38,5 градусов, ребенок стал вялым, капризным, плохо ел. Отмечалась рвота до 3 раз в день, после кормления. Воду пил охотно, удерживал. Стул участился до 6 раз в сутки, по характеру был обильный, жидкий, желтого цвета с примесью небольшого количества прозрачной слизи. Мочеиспускания стали реже, моча была насыщенно-желтого цвета. С первого дня болезни отмечалось также затрудненное дыхание через нос, необильное выделение слизи из носовых ходов, редкий, поверхностный кашель.

Данные объективного осмотра: состояние ребенка средней тяжести, температура тела 38,3 градусов, гиперемия лица, инъекция сосудов склер, слизистые суховаты. Дыхание через нос затруднено, в носовых ходах - слизь. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 44 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 144 в минуту. Отмечается гиперемия мягкого неба, дужек и задней стенки глотки. Зернистость слизистой зева. Живот слегка вздут, определяется болезненность при пальпации, без четкой локализации. Печень выступает на 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Рвота прекратилась на 3-й день болезни. Испражнения на 4-й день стали реже (2 раза в сутки), приобрели кашицеобразную консистенцию, примесь слизи исчезла. Температура тела нормализовалась на 5-й день болезни и в этот же день у ребенка появилась необильная, розеолезная сыпь на туловище и конечностях.

Остаточные явления назофарингита держались до седьмого дня болезни.

Лечение проводилось в домашних условиях.

Данные проведенных лабораторных исследований:

- Посевы кала на кишечную группу и стафилококк роста не дали.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Были ли в данном случае основания для госпитализации?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 5

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №2

Ребенок 5 лет.

Данные анамнеза: посещает детский сад. Заболел остро, температура тела повысилась до 39.5⁰С, жаловался на головную боль, появилась повторная рвота, которая не приносила облегчение, отмечались кратковременные судороги. Госпитализирован для стационарного лечения.

Данные объективного осмотра: состояние очень тяжелое, ребенок стонет, сонлив, многократная рвота. Вынужденная поза с запрокинутой головой, зрачки расширены, выражена ригидность затылочных мышц. Кожные покровы чистые, носовое дыхание затруднено, зев гиперемирован. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. Тоны сердца учащены, приглушены. Частота сердечных сокращений 98 в минуту. Пульс ритмичный. Живот мягкий безболезненный при пальпации, стул в норме.

Данные проведенного лабораторного обследования:

- Общий анализ крови: Нв-128 г/л, эр.-3.8 x10¹²/л, лейкоц.-18.0x10⁹/л, п.я.-10%, с.я.-65%, э.-3%, л.-28%, СОЭ 37 мм/час.
- Анализ спинномозговой жидкости: ликвор мутный, желтоватого цвета, цитоз 780/3, белок – 660 ммоль/л, реакция Панди +++++, нейтрофилы – 97%, лимфоциты – 3%.

Задание: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие специфические симптомы этого заболевания врач должен еще определить? 3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза? 4. Дифференциальный диагноз. 5. Принципы лечения.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №3

Девочка 6 лет.

Данные анамнеза: родилась от 1-й, нормально протекавшей беременности, нормальных родов, физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. В анамнезе отмечались частые ОРВИ (до 4-5 в год), ветряная оспа, корь. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые плоды, шоколад.

Заболела остро; появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до 37.4⁰С.

Данные объективного осмотра. Осмотрена участковым врачом: состояние девочки на момент осмотра удовлетворительное, умеренная гиперемия зева, кашля и насморка не было. Поставлен диагноз: ОРВИ. Назначено лечение зева фурациллином в виде полосканий, щелочные ингаляции.

Через день при повторном осмотре врач отметил отрицательную динамику в состоянии девочки; на миндалинах обнаружены плотные фибриновые наложения в виде сплошной пленки сероватого цвета. Наложения снимались с трудом, между предметными стеклами растирались не полностью.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 98 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Задание: 1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №4

Мальчик 3 лет.

Данные анамнеза: посещает детский сад, часто болеет ОРВИ. В возрасте 3-х месяцев однократно вакцинирован АКДС + полиомиелит. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры тела до 38,1⁰С, появились боли в животе, была однократная рвота. Через 2 дня температура нормализовалась. На 5-й день повторно повысилась температура до 38,8⁰С. Мальчик с трудом стал ходить, затем перестал вставать на ножки. Направлен для лечения в стационар.

Данные объективного осмотра: при поступлении состояние тяжелое, температура тела 38,9⁰С. Ребенок вялый, сонливый, периодически беспокоен. При перемене положения тела в кровати – кричит.

В легких дыхание пуэрильное хрипов нет. Число дыханий 34 в минуту. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 132 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации кишечника. Печень и селезенка не пальпируются. Стул нормальный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отмечается ригидность затылочных мышц, гипотония мышц нижних конечностей. Активные движения ног отсутствуют, сухожильные рефлексы на ногах не вызываются.

Данные лабораторных исследований:

- Общий анализ крови: Нв –126 г/л, эр.-3.7x10¹²/л, лейко.-6.5x10⁹/л, п.я.-3%, с.я.-35%, э-2%,л-51%, м-9%, СОЭ-14 мм/час.
- Общий анализ мочи: отн. плотность – 1017, белок – следы, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Задание: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения диагноза? 3. Какие клинические формы этого заболевания могут быть? 4. Что способствовало развитию заболевания у данного ребенка? 5. Специфическая профилактика заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №5

Мальчик 5,5 месяцев. Осмотрен врачом бригады скорой.

Данные анамнеза. От 5-й беременности (1, 2, 4-я мед.аборт, 3-я - роды, девочка 5 лет здорова). В течение беременности, со слов матери, осложнений не было, родился на 40 неделе, в головном предлежании, закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, грудь взял хорошо, не срыгивал. Масса при рождении 3880 г, длина 56 см. До 3-х месяцев находился на естественном вскармливании, переведен на искусственное (Агу) матерью, так как, по ее словам, «не хватало молока». Получил прививки в роддоме БЦЖ, в 3 месяца и в 4,5 месяца прививки против полиомиелита и АКДС. Поствакцинальный период без особенностей.

Заболел остро: температура 38,2°C, вялость, из носа слизистое отделяемое, плач (не могли успокоить). Осмотрен на дому, диагноз ОРВИ. Назначено лечение: жаропонижающие, обильное питье. Через 8 часов температура поднялась до 39,5°C, плач монотонный, отказ от еды. Сделана очистительная клизма, температура снизилась до 38,3°C. Через 12 часов температура опять 39,0°C. Вызвана скорая помощь.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, температура 37,2°C. Монотонный крик, периодически плавающие движения глазных яблок. Кожа бледная, умеренно увлажнена, периорбитальный цианоз. На коже груди, живота, паховой области геморрагическая сыпь, местами «звездчатая». Слизистые чистые. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, число дыханий 68 в минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 160 в минуту, АД 90/60. Живот мягкий, безболезненный, печень +3,0 см по средне-ключичной линии, селезенка +1,0 см. Стул без патологических примесей. Большой родничок 1x1 см, напряжен. Симптомы Кернига и Лассега положительные. Выражена ригидность затылочных мышц.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика врача скорой помощи. 3. Какое обследование необходимо? Какие ожидаете получить результаты? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

**Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический**

Ситуационная задача №6

Мальчик 8 лет болен 3 день.

Данные анамнеза. Заболевание началось с повышения температуры до 38,5°C, недомогания, слабости, снижения аппетита, тошноты и рвоты. На следующий день появились боли в правом подреберье, в эпигастральной области, вздутие живота. Сегодня мама обратила внимание на изменение цвета мочи (зеленоватый) и на частично обесцвеченный стул.

Данные объективного осмотра: отмечают легкие катаральные явления в виде заложенности носа, гиперемии слизистой оболочки ротоглотки, покашливания. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений 106 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, но доступен для пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закруглен, болезненный.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ крови: эр. $-3.2 \times 10^{12}/л$, гем.-105 г/л, тромб.- 216.0×10^9 , лейкоц.- $5.6 \times 10^9/л$, СОЭ 21 мм/час.
- Биохимический анализ крови: белок 68 г/л, холестерин 4.7 ммоль/л, билирубин непрямо́й 26 мкмоль/л, прямо́й 42 мкмоль/л, АлТ - 1240 ед/л, АсТ – 640 ед/л.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

**Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический**

Ситуационная задача №7

Мальчик 12 лет

Данные анамнеза: болен 12 день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°C, сухого, лающего кашля, заложенности носа, чувства першения на задней стенке глотки. Проводилось лечение: полоскание зева теплым отваром эвкалипта, отхаркивающей микстурой. Однако, несмотря на терапию, постепенно кашель становился более навязчивым, упорным. В последние 2 дня появились приступы спазматического кашля, которые возникают внезапно и состоят из серии кашлевых толчков, следующих один за другим. Приступ заканчивается вдохом, сопровождающимся свистящим звуком и откашливается вязкая, густая, прозрачная мокрота. Приступ кашля сопровождается одутловатостью лица, набуханием шейных вен, высовыванием языка, иногда рвотой.

Данные объективного осмотра: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Слизистая рта чистая, задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы. Число дыханий 38 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений 92 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный.

Данные проведенного обследования: Анализ крови: эр.- 4.3×10^{12} /л, гем.-120 г/л, тромб.- 240.0×10^9 , лейкоц.- 28.6×10^9 /л, п.я.-2%, с.я.-26%, л.-67%, м.- 7%, СОЭ- 20 мм/час.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

**Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический**

Ситуационная задача №8

Мальчик 5 лет.

Данные анамнеза. Болен 2-й день. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38,5⁰С, вялости, ухудшения аппетита, головной боли, насморка. Сегодня появились влажный кашель, жжение и резь в глазах, разжиженный стул до 4 раз.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, лицо ребенка пастозно, веки отечны, обильные серозные выделения из носа и небольшое гнойное отделяемое из обоих глаз. Кожа чистая, бледная. Пальпируются увеличенные шейные лимфоузлы. Изменения в носоглотке характеризуются гиперемией и отечностью передних дужек и небных миндалин. Слизистая задней стенки глотки яркая с многочисленными гиперплазированными фолликулами, по которой стекает густая светлая слизь. Кожа век умеренно гиперемирована, глаза полуоткрыты. Конъюнктура глаз резко гиперемирована, зерниста, отечна. На конъюнктиве левого глаза видна довольно плотная серовато-бледная пленка. В легких дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы. Число дыханий 88 в минуту. Тоны сердца звучные. Частота сердечных сокращений 98 в минуту, пульс ритмичный. Живот мягкий, безболезненный, урчание под рукой. Печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Стул оформленный, без патологических примесей.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ крови: эр.- $3.8 \times 10^{12}/л$, гем.-130 г/л, тромб.- $280 \times 10^9/л$, лейкоц.- $5.6 \times 10^9/л$, п.я.-5%, с.я.-48%, э.-3%, л.-38%, м.-6%, СОЭ-17 мм/час.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. С какими болезнями следует дифференцировать?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №9

Девочка 4 лет. Осмотрена участковым педиатром впервые.

Данные анамнеза: от нормальной беременности, роды со стимуляцией, в срок. В возрасте 2-х лет перенесла ветряную оспу. ОРВИ 3-4 раза в год. Сведения о прививках отсутствуют. Контакты с инфекционными больными отрицают. В семье есть еще ребенок 7 лет, здоров.

Заболела 7 дней назад. Жалобы на боль в горле. Отмечалось повышение температуры тела до 38.5⁰С. Сегодня утром появилась адинамия, бледность одышка.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, девочка адинамична, выражена бледность кожных покровов, губы цианотичны, капли пота на лице, конечности холодные. Имеется отек шейной клетчатки с обеих сторон до II-го ребра. Зев синюшно-красного цвета, миндалины соприкасаются друг с другом, покрыты сплошным грязно-серым налетом, который переходит на дужки и твердое небо. Изо рта сладковатый, приторный запах. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 34 в минуту. Границы сердца расширены во все стороны, систолический шум на верхушке, экстрасистолия, пульс 126 в минуту слабого наполнения и напряжения, АД 55/30 мм рт. ст. Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги. Стул нормальный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание: 1. Поставьте диагноз согласно классификации, обоснуйте его. 2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза? 3. Тактика участкового педиатра. 4. Какое лечение требуется ребенку? 5. Укажите меры по отношению к ребенку, бывшему в контакте с больной.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №10

Мальчик 4 лет.

Данные анамнеза: рос и развивался нормально, ОРВИ болел редко, аллергических реакций не наблюдалось. Не привит – отказ родителей от вакцинации. Посещает детский сад.

Со слов родителей, заболел несколько дней назад. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,7⁰С, кашля. Затем появилась осиплость голоса. Мать давала ребенку микстуру от кашля, жаропонижающие препараты, однако состояние мальчика ухудшилось; усилилась осиплость голоса, появилась одышка. Поступил в стационар на 3 день заболевания.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние тяжелое, ребенок мечется, ловит ртом воздух, голос глухой, кашель беззвучный, потливость волосистой части головы, дыхание шумное, цианоз носогубного треугольника, вдох затруднен. Отмечается втяжение межреберных промежутков при вдохе. Число дыханий 38 в минуту. Тоны сердца приглушены, парадоксальный пульс. Частота сердечных сокращений 136 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание и стул в норме. Менингеальных симптомов нет, сознание ясное.

Данные проведенного обследования:

- При ларингоскопии на голосовых складках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? 4. Какое лечение требуется пациенту? 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №11

Девочка 3 года поступила в клинику на 4 день болезни.

Данные анамнеза: заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0⁰С, общего беспокойства, необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы.

На 3-й день болезни число везикул увеличилось, ребенок временами был беспокоен, резко повысилась температура тела до 39,0⁰С, стал отказываться от еды, отмечалась однократная рвота. Госпитализирован.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние тяжелое, температура тела 39.8⁰С, ребенок в сознании, но сонлив. Кожные покровы бледные, периоральный и периорбитальный цианоз. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная сыпь, находящаяся на разных этапах развития; пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Число дыханий 40 в минуту. На слизистой твердого неба несколько поверхностных эрозий размером 2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул 2 раза был жидкий, без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Задание: 1. О каком заболевании можно думать? 2. План обследования. 3. План лечения. 4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

*Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический*

Ситуационная задача №12

Ребенок 8 месяцев, осмотрен участковым педиатром.

Данные анамнеза: внезапно повысилась температура тела до 38,5⁰С и появились катаральные явления; насморк, конъюнктивит. Ребенок стал капризным, плохо спал, отмечалось снижение аппетита. Через некоторое время появилась светобоязнь

Участковый врач расценил все симптомы, как проявление ОРВИ и назначил симптоматическую терапию.

На 3-й день от начала заболевания, температура тела вновь повысилась до 39.2⁰С, состояние ухудшилось, на лице появилась ярко-розовая пятнисто-папулезная сыпь, которая в течение 2 последующих дней распространилась на туловище и конечности. Температура оставалась высокой. Ребенок был вялым, сонливым.

На 6 день заболевания, состояние ребенка резко ухудшилось; появились приступы удушья, грубый «лающий» кашель.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, на коже крупно-пятнистая сыпь в стадии пигментации. Грубый «лающий» кашель, осиплость голоса. Дыхание шумное, даже в покое инспираторная одышка, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, периоральный цианоз. В легких дыхание жесткое, выслушиваются проводные сухие хрипы. Число дыханий 55 в минуту. Перкуторный звук не изменен. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 125 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется, стул нормальный.

Задание: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №13

Девочка 2 лет, жалобы на повышенную температуру тела, кашель, насморк.

Данные анамнеза: заболела 3 дня назад; повысилась температура тела до 37,3⁰С, появились кашель, насморк, недомогание, которые быстро усиливались. Указаний на контакт с инфекционными больными дома и в детских яслях нет.

Данные объективного осмотра: состояние средней тяжести, температура 38,3⁰С. Кожные покровы чистые, бледные. Конъюнктивы глаз гиперемированы, отмечается слезотечение. Слизистая рта гиперемирована, разрыхлена, напротив малых коренных зубов видны мелкие беловатые точки, окруженные узкой каймой гиперемии. На мягком небе несколько темно-вишневого цвета пятен величиной 0.3х0.4 см. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные), несколько увеличены, эластичные, безболезненные.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 36 в минуту. Тоны сердца громкие, шумов нет. Частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, стул нормальный.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №14

Ребенок 6 лет осмотрен участковым педиатром, жалобы на боль при глотании, головную боль, высокую температуру 39,0⁰С, рвоту.

Данные анамнеза: ранний анамнез без особенностей. Рос и развивался без отклонений от нормы. Прививки по возрасту. Ежегодно один раз болел ОРВИ без осложнений. Других заболеваний не было. Посещает детский сад.

Заболел остро: повысилась температура до 39,0⁰С, появилась головная боль и боль в горле, была однократная рвота. На следующий день сохранялась головная боль и боль в горле. Мать заметила сыпь.

Данные объективного осмотра: состояние средней тяжести, ребенок вялый, отказывается от еды, жалуется на боль в горле, температура тела 38,5⁰С. На коже мелкоточечная сыпь, но особенно много элементов сыпи на сгибательных поверхностях рук и ног, в нижней части живота, в подмышечных и паховых складках. Кожа сухая, гиперемирована. Сыпь при надавливании исчезает. Дермографизм кожи белый стойкий. Тонзиллярные лимфоузлы болезненны при пальпации, размером до 2х1 см. В легких везикулярное дыхание. Число дыханий 34 в минуту. Тоны сердца ясные громкие, 120 ударов в минуту. Слизистая рта бледно-розовая, в зеве яркая гиперемия мягкого неба, дужек, гипертрофированных миндалин, на поверхности которых островчатые налеты белого цвета. Язык слегка обложен у корня, но напоминает «сосочковый». Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное. Стул нормальный.

Данные проведенного обследования:

- Анализ крови: Нв.-121 г/л, эр.- 3.8х10¹²/л, лейкоц.- 15.2х10⁹/л, п.я.-7%, с.я.-57%, э.-3%, л.-30%, м.-3%, СОЭ 20 мм/час.
- Анализ мочи– без патологии.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. План диспансерного наблюдения.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №15

Девочка 11 лет.

Данные анамнеза: заболевание началось с жалоб на слабость, плохое самочувствие. На 2-й день появилась боль при глотании, температура 38,0⁰С, на 3-й день появилось затрудненное носовое дыхание, тошнота. Сохраняется температура в пределах 38,0-38,5⁰С.

Данные объективного осмотра: выявляется множественное увеличение заднешейных лимфатических узлов и болезненность их при пальпации, а также увеличение тонзиллярных, подмышечных и паховых лимфоузлов. Зев гиперемирован, на миндалинах творожистые беловатые наложения. Носовое дыхание затруднено, выделений нет. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Перкуторно определялся легочный звук. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца отчетливые, громкие, частота 90 ударов в минуту. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка на 5 см выступает из-под края реберной дуги.

Данные проведенного обследования:

- Анализ крови: Нв - 130 г/л, эр.- $135 \times 10^{12}/л$, лейкоц.- $21.0 \times 10^9/л$, п.я.-8%, с.я.-45%, л-17%, м-5%, атипичные мононуклеары-25%, СОЭ 40 мм/час.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. План диспансеризации.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №16

Мальчик 8 лет.

Данные анамнеза: заболел остро: повысилась температура тела до 38,2⁰С, головная боль, боли в мышцах, стал капризным, отказывался от еды. Через 3 часа от начала заболевания пожаловался, что больно жевать и открывать рот. Жаропонижающие заметного облегчения состояния не принесли. На следующий день утром появилось увеличение околоушной слюнной железы слева, а еще через день - справа. На 4 день болезни температура тела повысилась до 39,0⁰С, 3 раза была рвота, появились боли в животе, больше – в левом подреберье.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. Жалуется на тошноту, боли в животе, при открывании рта, при жевании. С обеих сторон пальпируются увеличенные околоушные слюнные железы мягкой консистенции, болезненные. Кожа над ними напряжена, но без воспалительных изменений. Слизистая полости рта и зев чистые. С обеих сторон на слизистой щек в области коренных зубов в месте проекции устья протока слюнных желез отмечается ограниченная гиперемия и отечность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Частота сердечных сокращений 98 в минуту. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии, зона Шоффара, точках Дежардена и Мейо-Робсона. Язык обложен. Стул разжижен. Менингеальных симптомов нет.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какие дополнительные обследования необходимы? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №17

Девочка 4 лет.

Данные анамнеза: ребенок от нормальной беременности, срочных родов. Доношенная. Росла и развивалась нормально. Вскармливание до 2-х месяцев естественное, затем искусственное. Страдает выраженной пищевой аллергией. Диетические ограничения соблюдались плохо, так как ребенок посещает детский сад. Не прививалась.

В детском саду был случай заболевания, сопровождавшегося сыпью.

Через 2 недели одновременно у 3-х детей была обнаружена сыпь, в том числе и у нашей больной. Накануне девочка была капризной, жаловалась на головную боль, заложенность носа. Температура тела была 37,2⁰С. Но утром следующего дня температура была 36,8⁰С, и мать привела ребенка в детский сад. Днем ребенок жаловался на болезненность в области затылка, где были обнаружены увеличенные до 2 см затылочные лимфоузлы, слегка болезненные, подвижные. Затем появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, верхней части туловища, а к вечеру на всем теле.

Данные объективного осмотра: состояние средней тяжести. На кожных покровах пятнисто-папулезная сыпь по всей поверхности тела. Слизистая полости рта чистая, блестящая, небольшая гиперемия зева.

В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца чисты, громкие. Частота сердечных сокращений 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Менингеальных симптомов нет.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Тактика участкового врача. 3. Какое дополнительное обследование необходимо? 4. План лечения. 5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №18

Больная 6,5 лет. Девочка от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных родов, масса тела при рождении 3540 г. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. В возрасте 8-и месяцев появились признаки атопического дерматита. У матери девочки – пищевая и лекарственная аллергия.

Считается больной с 3-х летнего возраста, когда впервые появилась экспираторная одышка и приступообразный кашель. Приступы экспираторной одышки с дистанционными хрипами рецидивировали 1-2 раза в месяц на фоне нормальной температуры. Приступы чаще возникали ночью, во время приступа девочка занимала вынужденное положение с фиксацией плечевого пояса. Приступ купировался 2 ингаляциями сальбутамола. Рекомендованная врачом базисная терапия не проводилась. В последний год состояние девочки ухудшилось, приступы экспираторной одышки отмечаются до 4-х раз в месяц, длятся до 30 минут. При возникновении последнего приступа экспираторной одышки девочка была госпитализирована в тяжелом состоянии. Приступ продолжался 6,5 часов, не купировался ингаляциями сальбутамола. Для снятия приступа потребовалось внутривенное введение эуфиллина, дексаметазона.

На момент поступления в стационар состояние тяжелое, непродуктивный приступообразный кашель. В легких на выдохе рассеянные свистящие хрипы, на вдохе – непостоянные влажные среднепузырчатые хрипы, ЧД - 30 в минуту.

Задание: 1. Ваш диагноз, его обоснование. 2. Дифференциальный диагноз данного заболевания. 3. Назначьте базисную и симптоматическую терапию в данном периоде заболевания. 4. Характеристика групп препаратов для неотложной терапии. 5. Перечислите возможные осложнения при этом заболевании.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №19

Мальчик 11 лет поступил с жалобами на приступообразные тошачковые боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, запоры. Аппетит сохранен. Больной раздражителен, эмоционально неустойчив.

В анамнезе искусственное вскармливание с рождения, лямблиоз. У дедушки по линии отца - хронический гастродуоденит, у отца - язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, темные круги под глазами, язык обложен белым налетом, болезненность при пальпации в эпигастральной области, справа от пупка и в пузырной точке.

ФГДС: гипертрофический гастродуоденит, эрозивный бульбит, обострение, гастроэзофагальный рефлюкс.

УЗИ органов брюшной полости: фиксированный перегиб желчного пузыря, реактивные изменения поджелудочной железы.

Задание: 1. Клинический диагноз и его обоснование. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Классификация заболевания, клинические проявления. 4. Современные принципы лабораторно-инструментальной диагностики. 5. Назначьте лечение данному больному.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №20

Девочка 14 лет, жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели, темный стул, отрыжку, изжогу. Последние 2 дня беспокоит сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания.

В течение 2-х лет беспокоят боли, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, купируются приемом пищи. Режим дня и питания не соблюдает. Мать имеет хронический гастродуоденит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно: выраженная бледность кожных покровов и слизистых, ЧД 24 в мин., хлопающий I тон на верхушке, проводится на сосуды шеи, ЧСС - 116 в минуту, АД - 85/50 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не пальпируется, пузырьные симптомы отрицательные. Стул в норме.

Общий анализ крови: Нв - 72 г/л, Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 0,77, гематокрит - 28 %; лейкоциты - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%, СОЭ - 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо - 7 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается полностью, в желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме, луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия, на передней стенке линейный рубец 0,5 см, на задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом, из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови, произведен местный гемостаз.

Задание: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Классификация. Клиническая симптоматика осложнений. 4. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете? 5. Принципы диеты.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №21

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи цвета "мясных помоев". Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом первой половины, первых срочных родов.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. В зеве миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, без наложений. Костно-мышечная, лимфатическая система без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин., границы сердца не расширены, тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин., АД 135/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Суточный диурез 400 мл, моча красно-коричневого цвета.

Общий анализ крови: Нв - 125 г/л. Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $12,3 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1020, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - 50-60 в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99 г/л.

Суточная потеря белка: белок – 0,8 г/л, диурез 1,2 л.

Задание: 1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте план лабораторно-инструментального обследования. 4. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек? 5. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №22

Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу субфебрилитета, болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, слабость, боли в околопупочной и поясничной области, повышение температуры до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось учащенное мочеиспускание, моча мутная, с резким запахом.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Астеничного телосложения, множественные стигмы дисэмбриогенеза. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз, пастозность век, периферических отеков нет, температура тела 37,8°C. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Диурез 900 мл. Стул в норме.

Общий анализ крови: Нв - 118 г/л. Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $12,5 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, уд.вес 1025, белок - 0,2 г/л, лейкоциты - сплошь в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, соли - оксалаты, бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, СРБ - +++, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры соответствуют возрасту, эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи на флору, степень бактериурии: высеяна **E.coli** в количестве 1 000 000 микробных тел/мл.

Задание: 1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Укажите дополнительные методы лабораторно-инструментального обследования для уточнения диагноза и предполагаемые результаты. 4. Назначьте лечение. 5. Укажите возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №23

Мальчик, 11 лет, направлен на стационарное лечение и обследование. Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же выявлены изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялись плаксивость и раздражительность.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик быстро устает, отмечаются скандированная речь, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая - на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $4,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 46%, э - 2%, л - 48%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Задание: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза. 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 4. Современные методы диагностики данной патологии. 5. Принципы терапии и профилактики.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №24

Мальчик 13 лет, рос и развивался нормально, болел редко, до настоящего заболевания изменений со стороны сердца не определялось.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины с повышения температуры до 38,7° С, жалоб на боли и отечность коленных суставов, боли в области сердца, усталость, в связи с чем был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое, отечность и болезненность при движении в коленных суставах. Бледен, пульсация шейных сосудов, верхушечный толчок смещен влево на 1,5-2 см влево от левой средне-ключичной линии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя – II межреберье, левая - на 2 см влево от средне-ключичной линии. Тоны сердца значительно приглушены, на верхушке продолжительный, с дующим оттенком систолический шум, проводящийся влево и усиливающийся после нагрузки, там же - короткий мезодиастолический шум, в V точке льющийся диастолический шум, тахикардия до 124 в минуту, АД - 115/50 мм рт. ст. Пальпируется печень на 2 см из-под края реберной дуги.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отчетливое нарушение процессов реполяризации левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля прозрачные, легочный рисунок не изменен. Сердце митральной конфигурации, расширено в поперечнике, больше влево. **ЭхоКГ** – увеличение конечнодиастолического и конечносистолического диаметров левого желудочка и левого предсердия, увеличена амплитуда движения створок митрального и аортального клапана, утолщение и неровность контуров этих клапанов, митральная и аортальная регургитация 2 степени, фракция выброса 54%.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Лей - $8,9 \times 10^9/л$, СОЭ – 45 мм/час.

Задание: 1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз. 2. Классификация заболевания. 3. Клиническая характеристика поражения сердца. Эстракардиальные проявления болезни. 4. Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболевания. 5. Составьте план лечения данного больного.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

**Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический**

Ситуационная задача №25

Девочка 12 лет в течение последних 10 дней жалуется на выраженные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Боли приступообразные, колющие, иррадиирующие в спину, поясницу и правое плечо.

Данные анамнеза: известно, что ребенок страдает хроническим гастродуоденитом с 10 лет, наблюдается и лечится в районной поликлинике. Боли возникают через 1-2 часа после еды, иногда голодные и ночные, после приема пищи наступает облегчение. За последние 10 дней дважды была рвота без примеси крови, которая принесла облегчение. Стул регулярный, оформленный. Известно, что девочка питается не регулярно, часто всухомятку, аллергические реакции на цитрусовые, шоколад, яйца. Наследственность отягощена – у мамы и бабушки по линии матери язвенная болезнь 12-перстной кишки. 2 недели назад у ребенка был конфликт в школе.

Данные объективного исследования при поступлении: рост 160 см, масса 45 кг. Кожа бледная, чистая. Язык – «географический», обложен серовато-белым налетом. Тоны сердца чистые, громкие, пульс 92 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 24 в минуту. При глубокой пальпации живота умеренный мышечный дефанс, положительный симптом Менделя, болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, точках Дежардена и Мейо-Робсона. Стул не изменен.

Данные проведенного обследования:

- ЭГДС - слизистая пищевода розовая, кардия сомкнута. В желудке мутная слизь; слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечна, на стенках плоские выбухания. Слизистая луковицы отечна, гиперемирована, на передней стенке рубец 0.6 см, на задней – язвенный дефект 1.0x0.8 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Этиология заболевания. 3. Назначьте дополнительные обследования. 4. Назначьте лечение данной больной. 5. Какие отягощающие моменты можно выделить в течение данного заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

**Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический**

Ситуационная задача №26

Больная 14 лет, поступила на обследование и лечение в стационар по поводу болей в животе.

Данные анамнеза: боли в животе чаще бывают приступообразные, в правом подреберье и эпигастрии, иногда иррадиируют в правую лопатку и поясницу. Обычно возникают через 10-20 минут после приема пищи, особенно жирной и жареной. Как правило. Боль длится до 2-3 часов, может купироваться самостоятельно, но иногда необходим прием таких препаратов, как но-шпа, белладонна. Болеет в течение 3-х лет, однако лечение и обследование не проводилось. Девочка питается не регулярно, любит жареную, копченую пищу, злоупотребляет свежесдобными мучными изделиями. Известно, что отец больной страдает калькулезным холециститом. Бабушка по линии отца больна язвенной болезнью 12-перстной кишки. Настоящая госпитализация связана с выраженным абдоминальным синдромом, возникшим после зимних каникул, не купирующийся обычными средствами, сопровождающийся тошнотой, чувством горечи во рту.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести. Рост 165 см, масса 68 кг. На коже правой щеки, животе и в области левого запястья «сосудистые» звездочки. Тоны сердца чистые, громкие. Пульс 78 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 18 в минуту. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, эпигастрии, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закруглен, эластичный, умеренно болезненный. Положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Кера. Стул не изменен.

Половая формула: P₃, Mа₃, Ах₃, Мс⁺ .

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

- Общий анализ крови: Нв 135 г/л, эр.- 4.5×10^{12} /л, ц.п.- 0.98, лейкоц.- 9.8×10^9 /л, п.я.-6%, с.я.-60%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ 18 мм/час.
- Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, АлТ-45 ЕД/л, АсТ- 50 ЕД/л, щелочная фосфатаза 160 ЕД/л, амилаза 120 ЕД/л), тимоловая проба 4 ЕД, билирубин прямой – 4 мкмоль/л, непрямой – 16 мкмоль/л.
- ЭГДС: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается, слизистая дна и тела желудка розовая, в антральном отделе гиперемирована. Слизистая луковицы 12-перстной кишки гиперемирована.
- УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки его плотные, утолщены до 5 мм, отмечается двойной контур стенок.

Задание: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Что такое симптомы Мерфи, Ортнера, Кера? 4. Назначьте лечение данной больной. 5. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №27

Девочка 10 лет поступила в отделение на обследование, в связи с рецидивирующими болями в животе.

Данные анамнеза: росла и развивалась нормально. Болела редко.

В возрасте 8 лет перенесла инфекционный гепатит А, находилась на лечении в стационаре. При выписке чувствовала себя хорошо. Рекомендованную диету практически не соблюдала. Любит шоколадные конфеты, пирожное, жареное. В семье широко используются приправы, выпечка. С 8,5 лет периодически стали беспокоить боли в животе, чаще около пупка. Боли возникали после приема жареной, жирной пищи. Купировались препаратом Но-Шпа, грелкой. Иногда бывает тошнота. Последний месяц боли участились, стали интенсивнее, периодически отмечалась рвота на высоте болей, не приносящая облегчение.

Данные объективного осмотра: при осмотре отмечалась субиктеричность склер, бледность, периорбитальный цианоз. Потливость ладоней и стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 20 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, сокращения ритмичные. Пульс 82 в минуту.

Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, в точке желчного пузыря, положительные симптомы Мерфи, Ортнера. Болезненность в зоне Шоффара, точке Мейо-Робсона, точке Дежардена. Язык обложен белым налетом. Стул периодически имеет неравномерную окраску.

Данные проведенного обследования:

- УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь 70 мм x 19 мм (норма), стенка его тонкая, пристеночный осадок желчи. После желчегонного завтрака размеры желчного пузыря 60 x 15 мм. Печень имеет обычную паренхиму, размеры. Сосудистый рисунок и перипортальный тракт без особенностей. Поджелудочная железа увеличена, паренхима ее гипоехогенна.

Задание. 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Какие особенности диеты должны иметь место у данного больного и как долго? 5. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №28

Мальчик 13 лет поступил в отделение в связи с приступом болей в животе, который возник ночью и не купировался рвотой, приемом альмагеля.

Данные анамнеза: приступы болей в животе с 6 лет. Обследовался в стационаре в возрасте 7 лет, когда был поставлен диагноз: обострение хронического гастродуоденита, реактивный панкреатит. В течение 6 месяцев соблюдал диету, принимал антациды и чувствовал себя хорошо.

После этого в связи с обучением в английской школе приходил домой в 16-17 часов, не обедал, чаще питался бутербродами, булочками, газированными напитками. Возобновились приступы болей в животе (вокруг пупка), периодически была изжога. Все купировалось альмагелем. В течение последнего месяца боли стали ежедневными, более интенсивными, чаще через 3-4 часа после еды и ночью. Стал более регулярно питаться, но боли сохранялись.

В семье у отца язвенная болезнь 12-перстной кишки, у брата 15 лет – хронический гастродуоденит.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, «тени» под глазами. Ребенок пониженного питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 24 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, сокращения ритмичные. Пульс 96 в минуту, АД - 110/60. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резко болезненный в зоне Шоффара, эпигастрия, положительна болезненность в точках Мейо-Робсона, Дежардена. В приемном отделении был жидкий стул черного цвета.

Задание. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие исследования необходимо провести больному срочно? 3. Наметьте план дальнейшего обследования. 4. План лечения. 5. Какие факторы могли способствовать данной патологии?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №29

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на боли в животе

Данные анамнеза: ребенок от II беременности, протекавшей без осложнений, первых родов. Масса при рождении - 3500 г, длина - 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Профилактические прививки по графику. Перенесенные инфекции: скарлатина, краснуха. После года часто болеет ОРВИ. Отмечались подъемы температуры до 40°C, без катаральных явлений. Мальчик страдает ночным энурезом. Часто жалуется на боли в животе. В анализах мочи определяется транзиторная лейкоцитурия (10-15 в поле зрения), микропротеинурия.

Данные объективного осмотра: при поступлении состояние средней тяжести, t – 38.2°C. Кожные покровы чистые. По органам без особенностей. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезненный справа в верхней и нижней мочеточниковых точках. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,09 ‰, лейкоц. – 50-100 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.
- Анализ мочи на стерильность: получен рост кишечной палочки – 200 000 микробных тел/мл, чувствительной к цефамизину, гентамицину, фурагину.
- Цистография: мочевого пузыря больших размеров с выбухающими латеральными контурами и провисающим дном; отмечается заброс контрастного вещества в расширенный до 2 см. в диаметре правый мочеточник и дилатированную чашечно-лоханочную систему правой почки на всей серии снимков.

Задание. 1. Сформулируйте и обоснуйте развернутый клинический диагноз. **2.** Какие еще исследования необходимо провести? **3.** Назначьте лечение. **4.** С кем из специалистов необходимо проконсультировать ребенка и с какой целью?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №30

Девочка 7 лет, поступила в отделение с жалобами на отеки, головную боль.

Данные анамнеза: ребенок от II, нормально протекавшей беременности, I родов. Масса - 3100 г., длина - 50 см, раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Перенесенные инфекционные заболевания: ветряная оспа, эпидемический паротит, часто болеет ОРВИ. Настоящее заболевание развилось после перенесенного ОРВИ. Появились отеки на лице, которые нарастали с каждым днем. В анализе мочи, сделанном в поликлинике, отмечались протеинурия и эритроцитурия.

Данные объективного осмотра: при поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Зев розовый, миндалины гипертрофированы, рыхлые. Выражена отечность лица, голени, стоп, поясничной области, передней брюшной стенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, сокращения ритмичные. Частота сердечных сокращений 110 в минуту. АД – 140/90 мм. рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделила 200.0 мл мочи.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ крови: Нв – 130 г/л, эр – $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 36%, эоз – 6%, л – 54%, м – 9%, СОЭ – 40 мм/час.
- Общий анализ мочи: удельный вес 1028, белок 6,0 ‰, лейкоц. – 0-1 в поле зрения, эритроциты – 70-80 в поле зрения.
- Биохимический анализ крови: белок 42 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 10.9 ммоль/л, мочевины – 5.1 ммоль/литр, креатинин – 76 ммоль/л, СРБ ++, К – 4.81 ммоль/л, Na – 137.5 ммоль/л.

Задание. 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Укажите особенности диеты при данном заболевании. 4. Составьте план дополнительного обследования. 5. Наметьте план лечения.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №31

Девочка 12 лет поступила в больницу с жалобами на уменьшение диуреза. Моча цвета «мясных помоев».

Данные анамнеза: раннее развитие без особенностей. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ангины болела 3 раза с высокой температурой. ОРВИ 3-4 раза в год.

До 10 лет прививалась по графику. С 10 лет отвод от профилактических прививок.

Два года назад, в возрасте 10 лет, после перенесенной ангины, находилась в больнице по поводу гломерулонефрита. Выписана в удовлетворительном состоянии. Анализы мочи были нормальными.

Заболела неделю назад, когда повысилась температура до 37.2°C, появился насморк. За два дня до поступления в стационар моча была красного цвета.

Данные объективного осмотра: при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пастозность век. АД – 110\55 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патология не выявлена.

Данные проведенного обследования:

- Общий анализ крови: Нв – 90 г/л, эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $6,6 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 60%, эоз. – 5%, л – 31%, м – 2%, СОЭ – 30 мм/час.
- Общий анализ мочи: цвет бурый, реакция щелочная, относительная плотность 1024, белок 1,6 ‰, лейкоц – 2-3 в поле зрения, эритроциты – 80-90 в поле зрения, измененные.
- Биохимический анализ крови: белок 70 г/л, холестерин – 3.1 ммоль/л, мочевины – 4.3 ммоль/л.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Какие исследования для уточнения диагноза и функционального состояния почек? 3. Проведите дифференциальный диагноз с другими формами данного заболевания. 4. Назначьте лечение. 5. Опишите диету, необходимую данному больному.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №32

Мальчик 3 лет, поступил в приемное отделение городской больницы в связи с тем, что во время бега упал, а через 1,5 часа после травмы появились боли и ограничение движений в левом коленном и правом лучезапястном суставах.

Данные анамнеза: с 1-го года, когда ребенок стал ходить, после падений и даже легких ушибов появляются обширные подкожные гематомы, иногда кровоизлияния бывают спонтанными. Отмечаются частые носовые кровотечения, кровотечения из десен при прорезывании зубов. Неоднократно после травм и обильных носовых кровотечений находился на лечении в стационаре. Склонность к кровоточивости отмечалась у дяди больного по линии матери.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние больного тяжелое. Жалобы на боли в левом коленном и правом лучезапястном суставах. Отказывается вставать на ноги. Кожные покровы бледные, на руках и ногах несколько гематом. Левый коленный и правый лучезапястный суставы увеличены в объеме, болезненны, кожа над ними горяча на ощупь, несколько блестяща. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца чистые, приглушены. Частота сердечных сокращений 120 в минуту. Печень на вдохе выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, безболезненна. Селезенка не увеличена.

Данные лабораторных исследований:

- Общий анализ крови: Нв 104 г/л, эр- 3.1×10^{12} /л, ретикулоциты – 3%, тромб.- 305×10^9 /л, лейкоц.- 9.9×10^9 /л, нейтр.-38%, л-49%, м-1%, э-2%, б-0.5%, СОЭ 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку 3 мин., время свертывания по Ли-Уайту - более 20 мин.

Задание: 1. О каком заболевании у данного больного можно думать? 2. Почему боль в суставах возникла через 1.5 часа после падения? 3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 4. Какие осложнения могут быть у данного больного? 5. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

**Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический**

Ситуационная задача №33

Больная 12 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в суставах и появление сыпи на коже.

Данные анамнеза: 2 недели назад у девочки поднялась температура тела до 39⁰С, появились боль при глотании, увеличение регионарных лимфатических узлов и их выраженная болезненность. Участковый педиатр поставил диагноз: фолликулярная ангина, назначил обследование: мазок из зева на ВЛ, общий анализ крови и мочи. Лечение: эритромицин, супрастин, полоскание зева раствором фурациллина. Через 10 дней на коже ног и ягодиц появилась симметричная мелкоточечная геморрагическая сыпь, а вчера появилась припухлость правого голеностопного сустава и боли в нем при ходьбе.

У больной аллергические реакции на шоколад, цитрусовые плоды и яйца. Болеет ангинами 2-3 раза в год. Мать ребенка страдает хроническим холециститом, а бабушка по линии отца язвенной болезнью.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести, жалуется на боль в правом голеностопном суставе. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях и ягодицах симметричная мелкоточечная экссудативно-геморрагическая сыпь, местами сливная, наиболее обильная вокруг суставов. Правый голеностопный сустав увеличен в объеме, из-за болезненности отмечается ограничение в движении. Слизистая полости рта чистая, розовая, миндалины 2 степени. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 18 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, сокращения ритмичные. АД 120/65 мм рт. ст. Пульс 80 ударов в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, стул нормальный.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

- Общий анализ крови: Нв 120 г/л, эр- 3.7×10^{12} /л, ц.п.-1.0, тромб.- 460×10^9 /л, лейкоц.- 9.8×10^9 /л, п.я.-6%, с.я.-52%, э-7%, л-28%, м-7%, СОЭ 23 мм/час. Время свертывания по Бюргеру 1 минута, время кровотечения по Дьюку 2 мин.30 сек.
- Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, отн. плотн. – 1012, белок 0.033 г/л, эпителий 0-1 в поле зрения, лейкоц.- 1-3 в поле зрения, эр.- 0-1 в поле зрения, цилиндры отсутствуют.
- УЗИ органов брюшной полости: печень не изменена, желчный пузырь овальной формы, стенка его уплотнена, толщина ее 4 мм, поджелудочная железа; головка 23 мм (норма 18), тело 18 мм (норма 14), хвост – 20 мм (норма 14), эхогенность паренхимы снижена.

Задание: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Какие еще клинические проявления могут быть при данном заболевании? 3. Какие еще исследования необходимо провести? 4. Назначьте лечение данной больной.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №34

Больная 13 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела, слабость, вялость, утомляемость, тошноту, рвоту, боли в ногах.

Данные анамнеза: в течение месяца поведение девочки изменилось; стала быстро уставать, после школы сама ложилась в постель, перестала выходить на улицу. 2 недели назад из-за слабости не смогла пойти в школу. На следующий день повысилась температура тела до 39⁰С, обращала на себя внимание резкая бледность. Участковый педиатр отметил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов. В анализе крови, сделанном на дому, отмечался гиперлейкоцитоз до 120x10⁹/л. Дано направление на госпитализацию.

Данные объективного осмотра при поступлении: состояние тяжелое. Аппетит снижен. Выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях экхимозы. Пальпируются увеличенные лимфоузлы; подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые от 1,0 до 1,5 см в диаметре, подвижные, безболезненные. Слизистые полости рта бледные, на слизистой щек единичные кровоизлияния. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 20 в минуту. АД 140/90 мм рт. столба. Сердечная деятельность удовлетворительная, тахикардия, частота сердечных сокращений 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, печень +5,0 см, селезенка +3,0 см из-под края реберной дуги, плотные. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Стул нормальный.

Данные проведенных лабораторных исследований:

- Общий анализ крови: Нв 82 г/л, эр-3.1x10¹²/л, тромб.- единичные, лейкоц.- 180x10⁹/л, бласты- 74%, п/я.- 3%, с/я.- 4%, л- 19%, СОЭ 56 мм/час.
- Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 90%, нейтрофильный росток 4%, мегакариоцитов не обнаружено.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Какие еще исследования надо провести данному больному? 3. Чем можно объяснить неврологические симптомы? 4. Принципы лечения заболевания. 5. Дифференциальный диагноз данного заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №35

Мальчик 6 лет.

Данные анамнеза: родился от 1-й беременности, срочных родов. Беременность и роды протекали нормально. Ребенок на раннем искусственном вскармливании. С 3-х месяцев отмечались явления экссудативного диатеза. С 5 лет страдает нейродермитом. Дед ребенка страдает бронхиальной астмой. Мальчик часто болеет ОРВИ, 2 раза перенес ангину.

27.08.12 г. ребенок приехал из Сочи, где отдыхал с родителями. 28.08.12 г. заболел фолликулярной ангиной. Был назначен пенициллин в/м, супрастин, аскорутин. 30.08.12 г. на коже туловища и конечностей появилась обильная петехиальная сыпь, множественные экхимозы. Вызванный врач назначил анализ крови. Но вечером у ребенка началось носовое кровотечение, и ребенок был госпитализирован.

Данные объективного осмотра: при поступлении состояние средней тяжести. Кожа смуглая. На коже туловища, рук, ног множественные петехии и экхимозы. Тонзиллярные лимфоузлы до 2 см, плотные, болезненные при пальпации. Остальные лимфоузлы без особенностей. Со стороны сердца и легких без патологии. Число дыханий 28 в минуту. Пульс 115 в минуту. АД 90/50 мм рт. столба. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. В зеве гиперемия, миндалины увеличены в размере до II степени, отечны, видны множественные гнойные фолликулы. На твердом небе несколько петехий. Моча светлая, дизурии нет.

Данные проведенного обследования:

- Анализ крови: гем. – 126 г/л, эритроц.- $4.0 \times 10^{12}/л$, ц.п. – 0.95, тромбоциты – $4 \times 10^9/л$, лейкоц.- $9.3 \times 10^9/л$, п/я. – 6%, с/я. – 64%, эоз. - 0%, лимф.- 26%, мон.- 4%, СОЭ- 22 мм/час, время кровотечения по Дукэ – 20 мин, свертывание крови: начало-2 мин, конец-3 мин.

Задание. 1. Поставьте диагноз. 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. План дополнительного обследования. 4. План лечения. 5. Какие факторы могли способствовать развитию заболевания?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2*

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №36

Девочка 3,5 месяцев.

Данные анамнеза: от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом; родилась в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см. Находится на искусственном вскармливании с 1,5 месяцев, 2-3 раза в сутки необильно срыгивает. В возрасте 2 месяцев перенесла ОРВИ и псевдофурункулез.

Данные объективного осмотра: состояние ребенка удовлетворительное. Девочка активная, аппетит сохранен. Масса тела 4650 г, рост 59 см. За сутки ребенок съедает по 750 мл адаптированной молочной смеси.

Кожные покровы бледно-розового цвета. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, снижен на конечностях. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, число дыханий 40 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, частота сердечных сокращений 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул нормальный.

Задание: 1. Поставьте диагноз и определите степень тяжести болезни. 2. Назовите этиологические факторы, приведшие к развитию заболевания у этой больной. 3. Рассчитайте количество пищи, необходимой данному ребенку. 4. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2*

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №37

Мальчику 8 месяцев.

Данные анамнеза: родился доношенным, масса тела при рождении 3500 г, рост 51см. Ребенок от здоровых родителей. Беременность 1-я, роды физиологические. С рождения находится на естественном вскармливании. Кормится грудью беспорядочно, молока у матери мало. С 5 месяцев получает яблочный сок, с 7 месяцев введен первый прикорм - овощное пюре. Гуляют с ребенком по 3 часа в сутки.

Данные объективного осмотра: на приеме в поликлинике масса тела ребенка в 8 месяцев 6200 г. Кожные покровы чистые, бледные. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище и конечностях. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 38 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам, плотной консистенции. Диурез удовлетворительный.

Задание: 1. Поставьте диагноз и определите степень тяжести болезни. 2. Каковы причины заболевания в данном случае? 3. Какой дефицит веса у больного? 4. Оцените питание ребенка. 5. Укажите основные принципы лечения данного заболевания.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №38

Мальчик в возрасте 5 месяцев поступил в больницу с жалобами матери на плохой аппетит, отставание в весе, изредка запоры.

Данные анамнеза: роды 1-е, срочные. Масса тела при рождении 3200г, длина 51 см. На втором месяце жизни переведен на искусственное вскармливание адаптированной смесью, режим кормления не соблюдался. Соки и витамин Д получает с 3-х месяцев. Перенес сепсис, пневмонию и 2 раза ОРВИ. В настоящее время кормится адаптированной молочной смесью через 4 часа в количестве 750 мл за сутки. Прикорм не получает.

Данные объективного осмотра: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 4500г, рост 65 см. Кожа чистая. Эластичность кожи и тургор тканей снижены. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях и лице. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 40 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 136 в минуту. Живот мягкий, запавший. Печень и селезенка не увеличены. Стул через день, без патологических примесей.

Задание: 1. Соответствует ли физическое развитие ребенка его возрасту? 2. Какой диагноз можно поставить этому больному? 3. Какая степень тяжести заболевания у ребенка? 4. Каковы причины данного заболевания? 5. Какое лечение необходимо назначить больному?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №39

Девочка 2-х месяцев.

Данные анамнеза: родилась с массой 3400, длиной 51 см, от благополучно протекавшей беременности, здоровых родителей. Период новорожденности протекал благополучно, ничем не болела, находится на грудном вскармливании, прибавила в массе 1800 г. Гуляли с ребенком мало из-за дождливой пасмурной осенней погоды.

На приеме у педиатра мама отметила, что в последние дни сон ребенка стал тревожным, стала пугливой, раздражительной, вздрагивает при громких звуках. После сна на подушке остается мокрый след от головки, пот ребенка приобрел своеобразный кислый запах.

Данные объективного осмотра: состояние ребенка было расценено как удовлетворительное. Кожные покровы влажные, со стойким красным дермографизмом, выявлено облысение затылка. Тонус мышц конечностей удовлетворительный, границы сердца не расширены, тоны сердца громкие, ясные, частота сердечных сокращений 132 в мин. Дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 40 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется ниже края реберной дуги на 2 см. Стул кашицеобразный, 3 раза в день.

Задание. 1. Поставьте развернутый диагноз согласно классификации. 2. Какие факторы способствовали развитию заболевания? 3. Какое исследование необходимо назначить? 4. Какие лечебные мероприятия следует назначить ребенку? 5. Перечислите профилактические мероприятия при этом заболевании

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №40

Ребенок 5,5 мес.

Данные анамнеза: родился с массой тела 3450 г, длиной 50 см, от здоровых родителей в срок, в октябре. Находился на естественном вскармливании до 2-х месяцев, затем переведен на искусственное. С 3-х месяцев получает фруктовые соки. С 4-х месяцев получает манную кашу. В настоящее время вес ребенка 8300 г. Гуляют с ребенком вечером по 30-40 минут.

В последние 2,5 месяца у ребенка отмечается повышенная потливость, беспокойство и плохой сон. В последнее время ребенок стал малоподвижен, неуверенно держит головку, не переворачивается с живота на спину.

Данные объективного осмотра: отмечается облысение затылка, уплощение его, кости черепа размягчены вдоль сагиттального шва и по краям большого родничка, имеется очаг размягчения теменной кости. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута. Мышечный тонус резко снижен, отмечается разболтанность в суставах. Тургор тканей снижен. Живот распластан, отмечается расхождение прямых мышц живота. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту, частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягкая, безболезненная, селезенка не пальпируется.

Задание: 1. Поставьте развернутый диагноз согласно классификации. 2. Какие факторы способствовали развитию заболевания? 3. Какое исследование необходимо назначить? 4. Какие лечебные мероприятия следует назначить ребенку? 5. Перечислите профилактические мероприятия при этом заболевании

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №41

Ребенок 6 месяцев.

Данные анамнеза: родился от молодых, здоровых родителей, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Масса тела при рождении 3900, длина 51 см. Находился на грудном вскармливании до 3-х месяцев, затем получал адаптированные молочные смеси, с 4-х месяцев введена манная каша. Гуляют с ребенком мало, преимущественно в вечернее время. С 2-х месяцев у ребенка появилась потливость с кислым запахом, беспокойный сон, пугливость, раздражительность и облысение затылка.

Данные объективного осмотра: масса тела 6900 г, длина 64 см. Голова с выраженными лобными и теменными буграми. Грудная клетка с четкими, пальпируются «браслетки» в области запястьев рук. Мышечный тонус удовлетворительный, тургор тканей снижен, физическое и психическое развитие соответствует норме. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 38 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2.5 см, селезенка у края реберной дуги. Стул с наклоном к запорам.

В крови отмечается легкая форма гипохромной анемии.

Задание: 1. Поставьте развернутый диагноз согласно классификации. 2. Какие факторы способствовали развитию заболевания? 3. Какое исследование необходимо назначить? 4. Какие лечебные мероприятия следует назначить ребенку? 5. Перечислите профилактические мероприятия при этом заболевании

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ**

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №42

Ребенок 11 месяцев.

Данные анамнеза: родился от 2-й беременности, осложненной нефропатией в последнем триместре, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. Питание женщины в течение беременности было нерациональным. Она мало времени проводила на свежем воздухе, мало двигалась. До 4-х месяцев ребенок находился на грудном вскармливании, затем был переведен на искусственное. Вскармливался, в основном, кефиром. Из-за неустойчивого стула соки и прикорм вводились с нарушением графика, гуляли с ребенком мало, преимущественно вечерами.

Данные объективного осмотра: масса тела 9100 г, длина 70 см, кожа бледная с мраморным рисунком, выражена гипотония мышц, разболтанность суставного аппарата. Голова уплощена в области затылка. Переносица уплощена, зубов нет, грудная клетка деформирована по типу «куриной» груди, имеется «гаррисонова» борозда. Х-образное искривление нижних конечностей. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, число дыханий 36 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, частота сердечных сокращений 132 в минуту. Живот распластан по типу «лягушачьего живота» с расхождением прямых мышц. Печень выступает из-под реберного края на 4 см, селезенка на 2 см. Ребенок не сидит, не стоит, не проявляет интереса к окружающим, не произносит слогов.

В крови отмечается гипохромная анемия средней тяжести

Задание: 1. Поставьте развернутый диагноз согласно классификации. 2. Какие факторы способствовали развитию заболевания? 3. Какое исследование необходимо назначить? 4. Какие лечебные мероприятия следует назначить ребенку? 5. Перечислите профилактические мероприятия при этом заболевании

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №43

Девочка 5.5. месяцев поступила в клинику в тяжелом состоянии.

Данные анамнеза: родилась от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, роды срочные, физиологичные. Находилась на грудном вскармливании до 3.5 месяцев, затем на смешанном вскармливании, докармливалась адаптированными смесями. Развивалась нормально. В 4 месяца был назначен витамин Д₂. Мать давала препарат без отсчета капель. За прошедший, до момента поступления в клинику период, ребенок получил около 3 млн. МЕ витамина Д₂.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. Отмечается вялость, адинамия, заторможенность, анорексия, повышенная жажда. Кожные покровы бледные, сухие, с восковидным оттенком, имеют место упорные рвота и запор. Общая гипотония мышц, снижение рефлексов, выраженная одышка, глухость сердечных тонов, систолический шум на верхушке. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный, печень +3 см, селезенка + 1 см из-под края реберной дуги, плотной консистенции.

Данные проведенного обследования:

- Проба Сулковича резко положительна.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Каковы отдаленные последствия этого состояния? 3. С какой целью проводилась проба Сулковича? 4. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза? 5. Принципы лечебных мероприятий.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ*

Кафедра детских болезней №2

Дисциплина педиатрия. Курс 4

Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №44

Мальчик 6 месяцев, поступил в грудное отделение весной в связи с внезапным приступом судорог, остановкой дыхания, цианозом.

Данные анамнеза: ребенок из многодетной семьи, родился недоношенным с массой тела 2100 г, длиной 44 см. От 7-й беременности, протекавшей с токсикозом, вскармливался искусственными смесями, прикорм вводился с нарушением графика, соки и препараты витамина Д не получал. Весной, с наступлением хорошей солнечной погоды стал подолгу гулять.

Накануне, во время осмотра участковым педиатром, активно сопротивлялся, долго кричал. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился цианоз. Затем появились судороги, начавшиеся с подергивания мышц угла рта, век. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились.

Данные объективного осмотра: ребенок в сознании, температура тела 36,6⁰С, кожа со следами загара, чистая. Большой родничок не выбухает, края его податливы, затылок уплощен, выражены лобные бугры. Грудная клетка с выраженной «гаррисоновой» бороздой, развернутыми нижними краями. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, число дыханий 36 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие, частота сердечных сокращений 132 в минуту. Мышечный тонус понижен. Определяются симптому Труссо, Хвостека. Менингеальных и очаговых симптомов не выявляется.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Какие изменения кальция, фосфора и щелочной фосфатазы в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка? 3. Каков механизм развития судорог у данного ребенка? 4. Назначьте лечение. 5. Связано ли развитие судорожного синдрома с временем года.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра детских болезней №2**

Дисциплина педиатрия. Курс 4
Факультет медико-профилактический

Ситуационная задача №45

Девочка Н. 8 месяцев, жалобы на бледность, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от V беременности, II срочных родов, массой 3500 г, длиной тела 55 см. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II триместра. Во время беременности мать перенесла анемию (34 неделя). Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвертая - срочными родами.

На грудном вскармливании до 1 месяца, после чего переведена на искусственное (в связи с гипогалактией у матери). Мать воспитывает детей одна. Семья живет в комнате общежития. Фруктовые соки и пюре введены в 6 месяца, давались нерегулярно. Прогулки на свежем воздухе не более 1 часа в день. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию и кишечную инфекцию, лечение получала в стационаре в течение 2-х месяцев. В 4 месяца перенесла ОРВИ. Со слов мамы, в настоящее время ребенок получает в основном кефир и манную кашу.

При осмотре состояние тяжелое, вялость, адинамия, плаксивость. Аппетит резко снижен. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Слизистые бледные, сухие. Обнаружены участки гиперпигментации кожи в области шеи. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налетом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Масса тела - 7300 г, длина 62 см. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 150 уд. в 1 минуту. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край мягко эластичной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул кашицей.

Общий анализ крови: Нб- 69 г/л, эр.- $2,89 \times 10^{12}$ /л, тр. - 220×10^9 /л, лейкоциты - $6,2 \times 10^9$ /л, э-2%, п-2%, с/я -34%, л - 55%, м- 7%, анизоцитоз, гипохромия эритроцитов, ретикулоциты - 10 %.

Задание: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Интерпретируйте анализ крови. 3. Составьте план обследования ребенка. 4. Назначьте лечение. 5. Какие профилактические мероприятия необходимы при этом заболевании?

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 1

1. Исследование костной системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 2

1. Исследование мышечной системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 3

1. Взятие мазков из зева и носа для бактериологического исследования
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №4

1. Исследование периферических лимфатических узлов.
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический

Дисциплина «Педиатрия»

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №5

1. Исследование пищеварительной системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический

Дисциплина «Педиатрия»

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 6

1. Проведение термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, артериального давления
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 7

1. Методика постановки очистительной клизмы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №8

1. Методика проведения промывания желудка
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №9

1. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №10

1. Оказание неотложной помощи при обмороке
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №11

1. Оказание неотложной помощи при крапивнице и отеке Квинке
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 12

1. Расчет жидкости для проведения оральной регидратации при острых кишечных инфекциях
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 13

1. Оказание неотложной помощи при гипертермическом синдроме
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 14

1. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический

Курс 4

Дисциплина «Педиатрия»

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 15

1. Исследование сердечно-сосудистой системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический

Курс 4

Дисциплина «Педиатрия»

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 16

1. Исследование дыхательной системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 17

1. Исследование лимфатических узлов.
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №18

1. Оказание неотложной помощи при острой сердечной недостаточности
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический**

Курс 4

Дисциплина «Педиатрия»

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 19

1. Исследование пищеварительной системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №20

1. Оказание неотложной помощи при остановке дыхания и сердечной деятельности
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 21

1. Расчет питания ребенка первого года, находящегося на естественном вскармливании. Составление меню на день.
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 22

1. Исследование мочевой системы
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №23

1. Расчет питания ребенка первого года жизни, находящегося на искусственном вскармливании. Составление меню на день.
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам №24

1. Антропометрия и оценка физического развития ребенка первого года жизни.
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 25

1. Оказание неотложной помощи при остром отравлении у детей
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический
Дисциплина «Педиатрия»**

Курс 4

Экзаменационный билет по практическим навыкам № 26

1. Антропометрия и оценка физического развития ребенка старше года.
2. Интерпретируйте данные лабораторных анализов, рентгенографического исследования

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

Интерактивное обучение с использованием метода «цепочка» и ролевой игры. Пример

Тема занятия «Заболевания органов дыхания у детей»

1. Заполните таблицу дифференциально-диагностических критериев заболеваний органов дыхания, в сравнительном аспекте, устно прокомментируйте их.

Вопрос/ признак	Ложный круп	Острый бронхит	Острый бронхиолит	О.пневмония	БА
Этиология					
Возрастные особенности					
Сезонные особенности					
Социальные					
Клинические					

2. Заполните таблицу дифференциально-диагностических клинических критериев заболеваний органов дыхания, в сравнительном аспекте, устно прокомментируйте их.

Признак	Ложный круп	Острый бронхит	Острый бронхиолит	О. пневмония	БА
Положение пациента					
Характер одышки					
Кашель					
Голос					
Перкуторные данные					
Аускультативные данные					

3. Составьте план обследования больного, раскрывая лабораторно-инструментальные особенности заболеваний в сравнительном аспекте, какие результаты ожидаете получить

Метод	Ложный круп	Острый бронхит	Острый бронхиолит	О. пневмония	БА

Лабораторные методы					
инструментальные					

4. Составьте план лечения больного, раскрывая принципы терапии заболеваний в сравнительном аспекте.

Методы терапии	Ложный круп	Острый бронхит	Острый бронхиолит	О. пневмония	БА
Диета					
Режим					
Этиотропная					
Патогенетическая					
Симптоматическая					

5. Перечислите показания для госпитализации больных с заболеваниями органов дыхания и принципы организации стационара на дому.

6. Составьте план диспансеризации больных с патологией органов дыхания в сравнительном аспекте

Вопрос	Ложный круп	Острый бронхит	Острый бронхиолит	О. пневмония	БА
Сроки диспансеризации					
Методы реабилитации и профилактики					
Кратность наблюдения					
Узкие специалисты, принимающие участие в диспансеризации больных					
Лабораторный и инструментальные методы исследования					

7. Деловая игра «Сбор жалоб и анамнеза больного с заболеваниями органов дыхания».

А) Все студенты разбиваются на пары согласно исполнению ролей
Родитель больного ребенка – Педиатр

Б) Студент, исполняющий роль родителя вытягивает одну из карточек с обозначением патологии (Круп, О.бронхит, О.бронхиолит, О.пневмония, БА).

1	После взаимного приветствия и представления сел рядом с пациентом, установил контакт, спросил имя, фамилию, возраст, где учится (если школьник). Анамнез собрал у матери.
2	Обратился с вопросом: на что жалуетесь? (в отношении ребенка). После получения ответа уточнил условия возникновения и усиления названных симптомов, чем купируются. В результате умелого расспроса выделил ведущий симптом болезни.
3	В анамнезе болезни выяснил её давность, начало, что предшествовало болезни. В хронологическом порядке расспросил течение болезни, обострения, их длительность, предшествующее лечение, его эффективность. Уточнил, что спровоцировало последнее ухудшение состояния.
4	Выявил общие проявления заболевания: температура, озноб, сон, аппетит, жажда, вялость, беспокойство, настроение и др. Выявил проявления болезни. Сделал предположение о патологии определенных систем и органов.
5	В анамнезе жизни ребенка до 3 лет экзаменуемый тактично выяснил: от какой беременности и родов ребенок, как протекали антенатальный и перинатальный периоды. Роды в срок или преждевременные. Была ли асфиксия в родах, патологические роды (продолжительность, акушерские пособия, осложнения). С какой массой тела и длиной родился. Когда приложили к груди, как ребенок взял грудь, когда отпал пуповинный остаток и зажила пупочная ранка, была ли физиологическая потеря массы тела и когда она восстановилась? Заболевания в период новорожденности. На какой день ребенок выписался из родильного дома. Физическое развитие ребенка, развитие статики и моторики, психическое развитие. Поведение ребенка в коллективе и дома. Сон и его продолжительность. На каком вскармливании находился ребенок, активность сосания, время кормления, докорм, время введения докорма, прикорма, его количество, последовательность введения,

	переносимость. Время отнятия от груди. Питание ребенка к началу настоящего заболевания. Время и порядок прорезывания зубов. Перенесенные заболевания, особенности течения, осложнения. По плану ли получал прививки, не было ли осложнений вакцинации? Туберкулиновые пробы, их результат. Контакт с инфекционными больными.
6	Анамнез детей старшего возраста. Какой по счету ребенок? Как развивался в раннем детстве? Поведение дома и в коллективе, для школьников – успеваемость в школе. Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства, их течение, осложнения. Профилактические прививки. Не было ли осложнений вакцинации. Туберкулиновые пробы, их результат. Контакт с инфекционными больными.
7	Семейный анамнез. Возраст родителей, состояние их здоровья и ближайших родственников по линии отца и матери. Наследственные заболевания. Сколько в семье детей и состояние их здоровья, если умирали, то от каких причин?
8	Материально-бытовые условия. Профессия родителей, условия работы, количество членов семьи. Место проживания. Посещал ли ребенок детские учреждения? Кто ухаживал за ребенком? Имел ли ребенок отдельную кровать? Соблюдал ли режим дня? Продолжительность прогулок и сна. Режим питания, нагрузка в школе. Наличие дополнительных нагрузок.

Задания для Интерактивной игры методом «Дефектная задача»

Примеры:

Ситуационная задача 1.

Мальчик 12 лет. После перенесенной неделю назад ангины появилась моча цвета «мясных помоев». При обследовании в поликлинике выявлена артериальная гипертензия.

В общем анализе мочи – Уд.вес -1018, белок 6,2 г/л, эритроциты 5-7 в п.зр.

Проба мочи по Нечипоренко – лейкоцитов 2500, эритроцитов 1500 в мл.

Задание: найдите допущенные ошибки.

Эталон ответа: У ребенка, скорее всего диагноз «Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом». Ошибочны результаты общего анализа мочи – отсутствие выраженной гематурии, т.к. у ребенка моча цвета «мясных помоев» и пробы Нечипоренко. Возможно, не характерным является наличие у данного пациента макропротеинурии до 6,2 г/л.

Ситуационная задача 2.

Ребенку 6-ти лет с диагнозом НСМИ стероидорезистентная форма решено назначить неселективный цитостатик Циклоспорин А в дозе 2 мг/кг массы тела в сутки в сочетании с преднизолоном 0,5 мг/кг через день.

Задание: найдите допущенные ошибки.

Ответ: Циклоспорин А является селективным иммунодепрессантом, подавляющим продукцию ИЛ-2, ИЛ-3, ИЛ-4, пролиферацию цитотоксических Т-лимфоцитов. Терапевтическая доза 5-6 мг\кг в сутки.

Метод «Ролевая игра» по теме занятия «Респираторные аллергии у детей»

Распределение ролей. Преподаватель озвучивает условия и порядок проведения ролевой игры «Пациент с аллергическим заболеванием органов дыхания»: перед студентами раскладываются 7 карточек с заданной ролью (*родитель-пациент, участковый врач, врач приемного отделения стационара, специалист-пульмонолог-аллерголог, врач кабинета функциональной диагностики, врач-лаборант, эксперт-аналитик*); студенты по очереди вытягивают карточку, и знакомятся со своей ролью, на карточке «родитель-пациент» будет указан диагноз (поллиноз или бронхиальная астма), по которому должны быть сформулированы жалобы. Студент не имеет право показывать эту карточку никому из участников. От данного игрока зависит ход всей ролевой игры, так как именно он должен точно сформулировать жалобы и передать свои «симптоматические» ощущения;

роль «эксперта-аналитика» позволяет студенту проводить наблюдение за поведением остальных участников, анализировать обоснованность и правильность проводимых мероприятий каждым специалистом, отмечать ошибки во врачебных записях, делать заметки в личный блокнот. По окончании «эксперт-аналитик» делает заключение, в котором указывает на слабые, сильные стороны, ошибки и т.д. Задачи, поставленные перед этим игроком, должны быть указаны в ролевой карточке;

для приближения к реальной клинической ситуации игрокам будут предложены тетради имитирующие форму 112, историю болезни, бланки для направлений;

Погружение в игру. Согласно «роли», каждый студент определяет своё поведение, формулирует вопросы и ответы; преподаватель при необходимости корректирует траекторию поведения каждого участника ролевой игры.

Игровой процесс. **«Участковый врач»** задает вопросы игроку **«родитель-пациент»**, собирает анамнез, имитирует объективное обследование (вслух комментирует результаты). Делает выводы о ведущем синдроме и предполагаемом диагнозе. Составляет план дальнейшего обследования. Делает соответствующие записи в истории развития ребенка (тетрадь). Заполняет направления на обследования и госпитализацию в стационар (если считает обоснованным).

«Родитель-пациент» с направлением на госпитализацию и заполненной ф.112 беседует с **врачом приемного отделения стационара**, который так же задает вопросы и проводит осмотр, заполняя историю болезни. Выставляет диагноз, составляет план дополнительного обследования и лечения, указывает с какими заболеваниями необходимо провести диффдиагностику.

Игроки «врач кабинета функциональной диагностики» и «врач-лаборант» (при необходимости их можно объединить), делают заключения по результатам обследования (согласно плану).

Игрок *«родитель-пациент»* направляется к *специалисту-пульмонологу-аллергологу*, который в свою очередь уточняет жалобы, собирает дополнительный анамнез, интерпретирует результаты обследования и обосновывает окончательный клинический диагноз. Корректирует лечение. Делаются записи в историю болезни.

Игрок *«эксперт-аналитик»* делает заключение по перечню вопросов, указанных на карточке. Дает рекомендации каждому игроку. Обмен мнениями всех участников (оценка и самооценка работы).

Пленум. Игрок *«родитель-пациент»* раскрывает тайну своего диагноза, заранее указанного на ролевой карточке. Обмен мнениями участниками.

Подведение итогов игры. Преподаватель делает обобщение – насколько вопросы были раскрыты, точность и полнота ответов, терминологически правильная речь, демонстрация коммуникативных навыков, кто из студентов подготовлен отлично, хорошо, а кто имеет пробелы в знаниях.

Задание для интерактивного обучения методом «кейсов» Пример

Задача №1

Мальчик 7 лет. Осмотрен участковым педиатром впервые.

Данные анамнеза: от нормальной беременности, роды со стимуляцией, в срок. В возрасте 2-х лет перенес ветряную оспу. ОРВИ 3-4 раза в год. Не привит (отказ родителей). Контакты с инфекционными больными отрицают. В семье есть еще ребенок 3 лет, здоров.

Заболел 7 дней назад. Жалобы на боль в горле. Отмечалось повышение температуры тела до 38,5⁰С. Сегодня утром появилась адинамия, бледность одышка.



Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, адинамичный, выражена бледность кожных покровов, губы цианотичны, капли пота на лице, конечности холодные. Имеется отек шейной клетчатки с обеих сторон до II-го ребра. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Число дыханий 34 в минуту.

Границы сердца расширены во все стороны, систолический шум на верхушке, экстрасистолия, пульс 126 в минуту слабого наполнения и напряжения, аритмичный. АД

55/30 мм рт. ст.

Зев синюшно-красного цвета, миндалины соприкасаются друг с другом, покрыты сплошным грязно-серым налетом, который переходит на дужки и твердое небо. Изо рта сладковатый, приторный запах.



Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги. Стул нормальный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Получены результаты анализов. Интерпретируйте их.

А. Клинический анализ крови	Б. Общий анализ мочи
WBC – 25,2 x 10 ⁹ /L	Количество – 150,0
RBC – 3,7x 10 ¹² /L	Цвет – желтый
HGB – 125 g/L	Прозрачность – мутная
HCT – 35,7%	Реакция – слабо кислая
MCV -82,7 fl	Удельный вес – 1018
MCH – 29,0 Pg	Белок – 0,9 г/л
MCHC – 33.8%	Сахар – (-)

PLT – 520 x 10 ⁹ /L LY – 8,1% MO – 2,9 % GR – 89,0 % EO – 0% PDW – 14,4 % п/я – 20% ю – 5% СОЭ – 48 мм/час	Эпителий – един. в п/зр Лейкоциты – 4 – 6 – 3 – 3 в п/зр Эритроциты – до 15-20 в п/зр Цилиндры – (-) Бактерии (-)
---	---

В. В мазках из зева и носа обнаружены (выберите наиболее вероятный результат):

Corynebacterium diphth. gravis



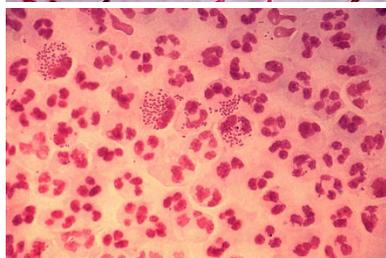
Streptococcus haemolyticus.



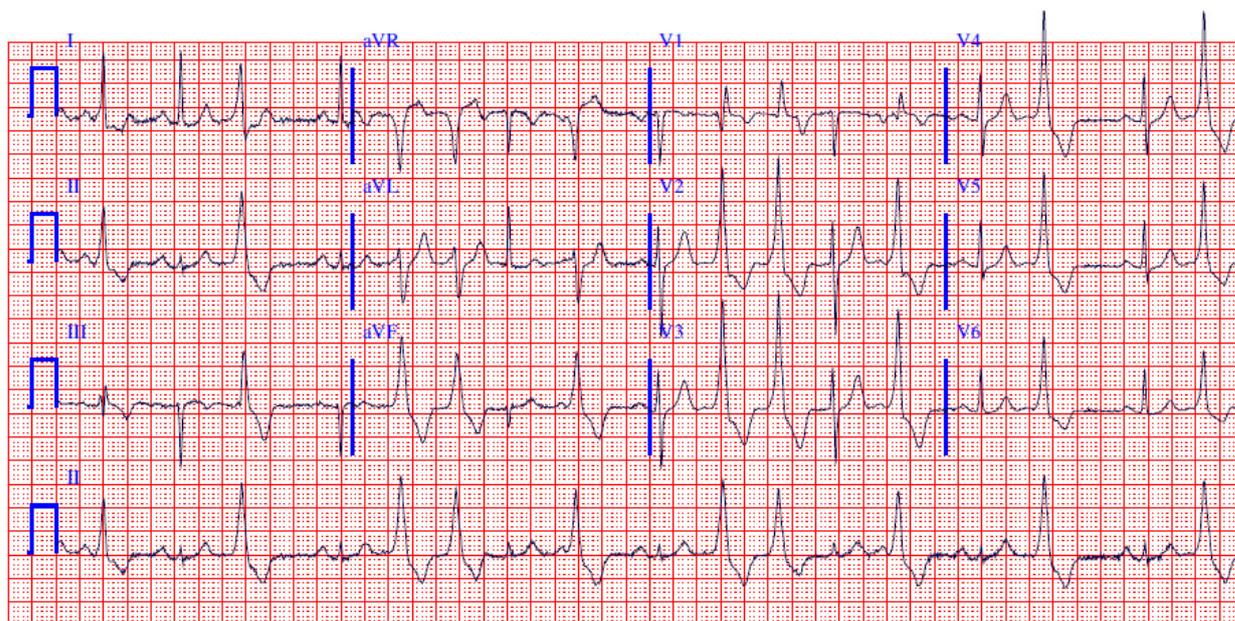
Обнаружено: Bordetella pertussis



Грамотрицательные диплококки,
расположенные преимущественно
внутри нейтрофилов



Данные ЭКГ



2. Какие дополнительные исследования необходимо провести. Какие результаты ожидаете?
3. Тактика участкового педиатра.
4. Какое лечение требуется ребенку?
5. Укажите меры по отношению к ребенку, бывшему в контакте с больным.

№МПД-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине «Педиатрия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий		
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	20	с 69 по 71
2.	Анатомо-физиологические особенности детей.	100	с 71 по 85
3.	Заболевания детей раннего возраста	70	с 85 по 95
4.	Заболевания детей старшего возраста.	100	с 95 по 109
5.	Детские инфекционные заболевания	100	с 109 по 122
Вид контроля	Промежуточный		
	Зачет	370	с 69 по 122

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ

1. К гранулоцитарным лейкоцитарным клеткам относятся все ниже перечисленные клетки кроме:

- нейтрофилы
- эозинофилы
- +моноциты
- базофилы

2. К нейтрофилам относятся:

- моноциты
- +юные
- лимфоциты
- базофилы
- тромбоциты

3. Концентрационная функция почек определяется по пробе:

-Нечипоренко

- +Зимницкого
- Аддиса-Какковского
- Реберга

4. Фильтрационная функция почек определяется по пробе:

- Нечипоренко
- Зимницкого
- Аддиса-Какковского
- +Реберга

5. Основные процессы переваривания и всасывания происходят:

- в желудке
- +в верхнем отделе тонкого кишечника
- в нижнем отделе тонкого кишечника
- в толстом кишечнике

6. Обмен кальция и фосфора регулируется витамином:

- В₁₂
- С
- D₃
- А

7. Какую роль играет кальций в организме человека (один правильный ответ):

- участие в мышечном сокращении
- фактор свертывания крови
- образование костной ткани
- +все выше перечисленное

8. С какого возраста начинают прорезываться зубы у детей:

- с рождения

- с 3 месяцев
- +с 6 месяцев
- с 9 месяцев
- с года

9. Сколько зубов составляют молочную зубную формулу у детей

- 12
- 16
- +20
- 24
- 32

10. В каком возрасте начинается смена молочных зубов на постоянные

- в 2 года
- в 4 года
- 6 лет
- 10 лет

11. Для приступа бронхиальной астмы характерна одышка:

- инспираторная
- +экспираторная
- смешанная

12. Количество мочи от количества выпитой жидкости в норме составляет (%):

- 50-60
- +70-75
- 90-100

13. Какой признак является основным для диагностики гипохромной анемии

- снижение тромбоцитов
- снижение эритроцитов
- повышение ретикулоцитов
- +низкий цветовой показатель

14. Симптомами острой пневмонии являются

- +одышка
- боль в горле
- +цианоз
- +стонущее дыхание
- +кашель
- сухие хрипы
- среднепузырчатые хрипы
- +крепитация

15. Назовите характерные признаки острого бронхита

- интоксикация
- +рассеянные влажные среднепузырчатые хрипы в легких

- наличие односторонних влажных мелкопузырчатых хрипов в легких
- наличие очаговой инфильтрации в легких на рентгенограмме

16. Для пиелонефрита НЕ характерны

- боли в поясничной области
- повышение температуры
- симптомы интоксикации
- +отеки

17. Преобладание ночного диуреза над дневным называется:

- полиурия
- олигоурия
- ишурия
- никтурия
- изостенурия

18. На основании каких признаков можно поставить диагноз дыхательной недостаточности:

- рентгенологического исследования грудной клетки
- УЗИ грудной клетки
- +исследования газов артериальной крови

19. К вирусным гепатитам с парентеральным путем заражения относятся:

- гепатит А
- + гепатит В
- + гепатит С
- + гепатит Д
- гепатит Е

20. К жирорастворимым витаминам относятся:

- +А
- В1
- В6
- С
- + Д
- + Е
- + К

ТЕКУЩИЙ / ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:

- 45-47 см
- 47-49 см
- +50-52
- 52-54

2. Физиологическая потеря массы тела у доношенного новорожденного составляет

- до 5%
- +6-8%
- 10-15%
- до 20%

3. Гипотрофией у детей раннего возраста считается

- дефицит массы тела по отношению к сроку гестации
- +дефицит массы тела по отношению к длине тела
- дефицит длины тела по отношению к сроку гестации

4. Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет

- 46 ± 2
- 48 ± 2
- +50 ± 2
- 54 ± 2
- 56 ± 2

5. Площадь поверхности тела на 1 кг массы у детей по сравнению со взрослыми

- +больше
- меньше
- такая же

6. Ежемесячная прибавка роста в первом квартале жизни составляет у детей

- 1 см
- 1,5 см
- 2,5 см
- +3 см
- 4 см

7. Ежемесячная прибавка роста во втором квартале жизни составляет у детей

- 3 см
- +2,5 см
- 2 см
- 1,5 см
- 1 см

8. Ежемесячная прибавка роста в третьем квартале жизни составляет у детей

- 3 см
- 2,5 см
- +2 см
- 1 см
- 0,5 см

9. Ежемесячная прибавка в массе в первом полугодии жизни у детей в среднем составляет

- 200 гр
- 400 гр

-600 гр
+800 гр

10. Ежемесячная прибавка в массе во втором полугодии жизни у детей в среднем составляет

-800 гр
-600 гр
+400 гр
-200 гр

11. Среднемесячная прибавка окружности головы в первом полугодии жизни у детей составляет

-0,5 см
-1 см
+1,5 см
-2 см
-2,5 см

12. Среднемесячная прибавка окружности головы во втором полугодии жизни у детей составляет

+0,5 см
-1 см
-1,5 см
-2 см
-2,5 см

13. Среднемесячная прибавка окружности груди в первом полугодии жизни у детей составляет

-0,5 см
-1 см
-1,5 см
+2 см
-2,5 см
-3 см

14. Среднемесячная прибавка окружности груди во втором полугодии жизни у детей составляет

+0,5 см
-1 см
-1,5 см
-2 см
-2,5 см
-3 см

15. Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми

+кровоснабжение лучше
-кровоснабжение хуже

- кровообращение такое же
- +отток крови хуже
- отток крови лучше
- отток крови такой же

16. Число клеток головного мозга у новорожденных по сравнению со взрослыми

- больше
- +меньше
- такое же

17. Особенности морфологического строения кожи детей раннего возраста являются

- +хорошее развитие базального слоя
- хорошее развитие зернистого слоя
- слабое развитие базального слоя
- +слабое развитие зернистого слоя

18. Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных появляется

- сразу после рождения
- на 1-2 день жизни
- +на 2-3 день жизни
- на 4-5 день жизни
- на 5-6 день жизни

19. У детей по сравнению со взрослыми функция кожи

- защитная выше
- +защитная ниже
- +дыхательная выше
- дыхательная ниже
- +резорбционная выше
- резорбционная ниже

20. У плода функционируют дополнительные коммуникации

- межжелудочковое сообщение
- +овальное окно
- +артериальный проток
- +артериальный проток

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

- +больше
- меньше
- такое же

22. При голодании подкожно-жировой слой исчезает у детей в первую очередь на (расположите в порядке убывания)

4 лице

- 2 туловище
- 1 животе
- 3 конечностях

23. При недостаточности кальция в пище уровень ионизированного кальция в крови поддерживается за счет

- усиленного кишечного всасывания кальция
- уменьшения почечной экскреции кальция
- +вымывания кальция из кости

24. У новорожденного ребенка открыты швы

- +стреловидный
- +венечный
- лобный
- +затылочный

25. Черепные швы у детей закрываются в возрасте

- 1-2 мес
- +3-4 мес
- 5-6 мес
- к году

26. Количество постоянных зубов определяется по формуле

- +4n - 20
- 4n - 4
- n - 4
- n - 20

27. Количество молочных зубов определяется по формуле

- 4n - 20
- 4n - 4
- +n - 4
- n - 20

28. Особенности гортани у детей раннего возраста являются

- хорошее развитие эластической ткани
- +податливость хрящей
- +узость голосовой щели
- +нежность слизистой оболочки

29. Особенности бронхов у детей раннего возраста являются

- хорошее развитие мышечных и эластических волокон
- +узкий просвет бронхов
- недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
- +недоразвитие хрящевого каркаса
- хорошее сопротивление спадению бронхов

30. Особенности легочной ткани у детей раннего возраста являются

- +обильное кровоснабжение
- хорошее развитие эластической ткани
- хорошая воздушность легочной ткани
- +недостаточное количество альвеол
- +недостаточное развитие ацинуса
- широкий просвет бронхиол

31. Малая глубина дыхания у детей раннего возраста обусловлена

- +небольшой массой легких
- +малым количеством альвеол
- большой частотой дыхания
- +слабостью дыхательной мускулатуры

32. На заднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого

- +верхняя
- средняя
- +нижняя

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

- +больше
- меньше
- такая же

34. Минутный объем дыхания на 1 кг массы тела у детей по сравнению со взрослыми

- +больше
- меньше
- такой же

35. Число дыханий в 1 минуту в периоде новорожденности в норме составляет

- 16 - 18
- 20 - 25
- 30 - 35
- +40 - 60
- 60 - 80

36. Число дыханий в 1 минуту у ребенка в 1 год в норме составляет

- 16 - 18
- 20 - 25
- +30 - 35
- 40 - 60
- 60 - 80

37. На переднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого

- +верхняя

+средняя
-нижняя

38. Для расчета среднего систолического артериального давления у детей старше года используется формула

-60 + 2n
-90 + n
+90 + 2n
-100 + n

39. Для расчета среднего диастолического артериального давления у детей старше года используется формула

-60 + 2n
+60 + n
-90 + 2n
-90 + n
-100 + n

40. Соотношение просвета вен и артерий у детей раннего возраста

-2 : 1
+1 : 1
-1 : 2
-1 : 3

41. Редкость инфарктов миокарда у детей первых лет жизни объясняется типом кровоснабжения сердечной мышцы

-магистральным
+рассыпным
-смешанным

42. Толщина стенок желудочков сердца у новорожденных

-левого больше правого
-левого меньше правого
+одинаковы

43. Частота пульса в минуту у новорожденного ребенка в норме составляет

-140 - 160
+120 - 140
-100 - 120
-80 - 100
-60 - 80

44. Всасывательная способность тонкой кишки у детей по сравнению со взрослыми

+больше
-меньше
-такая же

45. Функциональное созревание поджелудочной железы при естественном вскармливании по сравнению с искусственным происходит

- +медленнее
- быстрее
- одинаковыми темпами

46. Склонность детей первого года жизни к срыгиваниям объясняется следующими анатомо-физиологическими особенностями

- +дно тела желудка лежит ниже антрально пилорического отдела
- желудок расположен вертикально
- хорошо развит кардиальный сфинктер
- +хорошо развит пилорический отдел желудка
- +слабо развит кардиальный отдел желудка
- слабо развит пилорический отдел желудка

47. Особенности тонкой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми являются

- +слизистая оболочка тоньше
- +проницаемость слизистой оболочки выше
- кишечные железы мельче
- мало лимфатических сосудов

48. Особенности толстой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми

- +слепая кишка расположена выше
- слепая кишка хорошо фиксирована
- +восходящая ободочная кишка короче
- +нисходящая ободочная кишка более узкая
- сигмовидная кишка относительно короткая
- +сигмовидная кишка расположена выше, подвижна

49. Особенности прямой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми

- относительно короткая
- +недоразвита ампула
- +плохо фиксирована
- +хорошо развит подслизистый слой
- хорошо развит мышечный слой
- +слабо фиксирована слизистая оболочка

50. Обильное слюноотечение вследствие недостаточной зрелости центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания наблюдается у детей в возрасте

- 2 - 3 мес
- +4 - 5 мес
- 6 - 7 мес
- 8 - 9 мес
- к году

51. Причинами нейтрофилии в первые дни жизни ребенка являются

- +гиперэстрогемия
- +родовой стресс
- антигенная стимуляция
- гипогликемия

52. Причинами физиологического снижения гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности являются

- +укорочение длительности жизни эритроцитов
- гемоконцентрация
- дефицит печеночной глюкокоронилтрансферазы
- +снижение продукции эритропоэтина

53. Содержание гемоглобина сразу после рождения составляет в г/л

- 90 - 110
- 120 - 140
- 140 - 160
- 160 - 180
- +180 - 240

54. Содержание гемоглобина у детей старше 1 года составляет в г/л

- 90 - 110
- +120 - 140
- 140 - 160
- 160 - 180
- 180 - 240

55. Количество лейкоцитов в периферической крови у детей сразу после рождения составляет ($10^9/л$)

- 3 - 4
- 5 - 6
- 7 - 10
- 12 - 15
- +16 - 30

56. Количество лейкоцитов в периферической крови у детей до года составляет ($10^9/л$)

- 3 - 4
- 4 - 5
- 6 - 10
- +8 - 12
- 12 - 15
- 16 - 30

57. Количество ретикулоцитов в периферической крови у детей сразу после рождения (%о)

- 0 - 10

- 3 - 5
- 5 - 10
- 10 - 15
- 10 - 40
- +40 - 60

58. Количество ретикулоцитов в периферической крови у детей через 10 дней после рождения (‰)

- 0 - 10
- 3 - 5
- +5 - 10
- 10 - 15
- 10 - 40

59. Количество лимфоцитов (%) в первые сутки жизни составляет

- 10 - 15
- +20 - 30
- 30 - 40
- 40 - 45
- 45 - 65

60. Количество лимфоцитов (%) на 4 - 5 сутки жизни составляет

- 10 - 15
- 20 - 30
- 30 - 40
- +40 - 45
- 45 - 65

61. Количество лимфоцитов (%) в 4-5 лет составляет

- 10 - 15
- 20 - 30
- 30 - 40
- +40 - 45
- 45 - 65

62. Количество нейтрофилов (%) в первые сутки жизни составляет

- 10 - 15
- 25 - 30
- 25 - 45
- 40 - 45
- 50 - 60
- +60 - 70

63. Количество нейтрофилов (%) на 4-5 день жизни составляет

- 10 - 15
- 20 - 30
- 30 - 40
- +40 - 45

-50 - 60

-60 - 70

64. Количество нейтрофилов (%) у детей старше 5 лет составляет

-10 - 15

-15 - 20

-20 - 30

-30 - 40

-40 - 45

+50 - 60

-60 - 70

65. Особенностью функции канальцев почек у детей являются

+реабсорбция снижена

-реабсорбция повышена

+секреция снижена

-секреция повышена

66. Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми

+количество клубочков на единицу поверхности больше

-количество клубочков на единицу поверхности меньше

-размеры клубочков больше

+размеры клубочков меньше

67. Концентрационная функция почек определяется с помощью пробы

Зимницкого

68. Количество мочи от количества выпитой жидкости в норме составляет у детей (%)

70-75

69. Величина клубочковой фильтрации в норме у детей старше года составляет (в мл/мин)

100±20

70. Число мочеиспусканий у ребенка в 1 день жизни составляет в сутки

+0 - 3

-3 - 4

-5 - 8

-до 10

-15 - 18

-20 -25

71. Число мочеиспусканий у новорожденного составляет в сутки

-0 - 3

-3 - 4

-5 -8

-15 - 18

+20 - 25

72. Вскармливание детей на первом году жизни женским молоком называется естественным

73. Снижение секреторной способности молочных желез кормящей женщины называется
гипогалактия

74. Вскармливание, при котором наряду с женским молоком ребенок первого года жизни получает искусственные смеси называется
смешанным

75. Дополнительное питание искусственными молочными смесями при дефиците материнского молока называется
докормом

76. Постепенное введение новых продуктов питания ребенку первого года жизни с вытеснением женского молока называется
прикормом

77. Режим питания ребенка первого года жизни, когда он сам определяет часы и объем кормления, называется
свободным

78. Основным источников энергии для новорожденного является
-белок
-глюкоза
+жир

79. Содержание лактозы в молозиве по сравнению со зрелым молоком
-выше
+ниже
-такое же

80. Содержание жира в молозиве по сравнению со зрелым молоком
-выше
+ниже
-такое же

81. Содержание белка в молозиве по сравнению со зрелым молоком
+выше
-ниже
-такое же

82. Оптимальное для усвоения соотношение кальция и фосфора в женском молоке составляет
-1:2

- 1:1
- +2:1
- 3:1

83. В женском молоке наиболее высокая концентрация иммуноглобулинов класса

- G
- M
- +A
- D
- E

84. Потребность в углеводах при естественном вскармливании у детей первого года жизни в расчете на 1 кг массы составляет

- 5 - 8
- 8 - 10
- 10 - 12
- +12 - 14
- 14 - 16

85. При приготовлении неадаптированных смесей для разведения молока лучше всего использовать

- крахмал
- чистую воду
- +овощной отвар
- +слизистый отвар круп
- фруктовый отвар

86. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте до 2 мес составляет от массы тела

1/5

87. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте 2 - 4 мес составляет от массы тела

1/6

88. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте 4 - 6 мес составляет от массы тела

1/7

89. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте 6-9 мес составляет от массы тела

1/8

90. При искусственном вскармливании неадаптированными смесями по сравнению с адаптированными потребность в белке и энергии

- +больше
- меньше

-такая же

91. При искусственном вскармливании неадаптированными смесями по сравнению с адаптированными потребность в жирах и углеводах

-больше

-меньше

+такая же

92. Потребность ребенка в первом квартале жизни в энергии (в ккал/кг массы) составляет

+120 - 125

-115 - 120

-110 - 150

-100

93. Потребность ребенка в возрасте 4 - 6 мес в энергии (в ккал/кг массы) составляет

-120 - 125

+115 - 120

-110 - 115

-100

94. Потребность ребенка в возрасте 7 - 9 мес в энергии (в ккал/кг массы) составляет

-120 - 125

-115 - 120

+110 - 115

-100

95. Потребность ребенка в возрасте 10-12 мес в энергии (в ккал/кг массы) составляет

-120 - 125

-115 - 120

-110 - 115

+100

96. Потребность ребенка в первом полугодии жизни в жирах при естественном вскармливании составляет

-6,5 - 7,0

+6,0 - 6,5

-5,0 - 5,5

97. Потребность ребенка во втором полугодии жизни в жирах составляет

-6,5 - 7,0

-6,0 - 6,5

+5,0 -5,5

98. Потребность ребенка в белках в первом полугодии жизни при естественном

вскармливания составляет

+2,0 - 2,5

-2,5 - 3,0

-3,0 - 3,5

99. Потребность ребенка в белках во втором полугодии жизни при естественном вскармливании составляет

-2,0 - 2,5

+2,5 - 3,0

-3,0 - 3,5

-3,5 - 4,0

100. Причины физиологической желтухи новорожденных

+гемолиз

+снижение активности глюкоранилтрансферазы

+гипоальбуминемия

-холестаза

-анемия

101. Половой криз у новорожденных наблюдается

-у девочек

-у мальчиков

+у девочек и мальчиков

102. Новорожденный, родившийся в тяжелой гипоксии, имеет оценку по шкале Апгар

-5 - 7 баллов

-4 - 5 баллов

+3 балла и менее

103. Воздействие инфекционного фактора на плод в позднем фетальном периоде приводит к развитию

-пороков развития

+воспаления

104. Фототерапия применяется для лечения гипербилирубинемии новорожденного, если она обусловлена повышением уровня

-прямого билирубина

+непрямого билирубина

105. При лечении гипербилирубинемии, обусловленной повышением непрямого билирубина патогенетически показано введение

+альбумина

-глюкозы

-сернокислой магнезии

106. Гипербилирубинемия, обусловленная повышением преимущественно уровня непрямого билирубина у новорожденного характерна для

- +гемолитической болезни новорожденного
- атрезии желчевыводящих путей
- +конъюгационной желтухи
- фетального гепатита

107. Гипербилирубинемия, обусловленная повышением преимущественно уровня прямого билирубина у новорожденного характерна для

- конъюгационной желтухи
- +фетального гепатита
- гемолитической болезни
- +атрезии желчевыводящих путей

108. При конъюгационной гипербилирубинемии повышение активности трансаминаз

- характерно
- +нехарактерно

109. Для ускорения созревания глюкоронилтрансферазы печени применяются препараты

- аскорбиновая кислота
- викасол
- +фенобарбитал
- +зиксорин
- глюкокортикоиды
- кокарбоксилаза
- витамины группы В

110. При проведении дифференциального диагноза конъюгационной и гемолитической гипербилирубинемии главными критериями являются

- уровень непрямого билирубина
- +уровень гемоглобина
- +количество эритроцитов
- +количество ретикулоцитов
- количество лейкоцитов
- уровень трансаминаз

111. Лабораторными признаками гемолитической болезни являются

- повышение уровня непрямого билирубина, анемии нет, активность трансаминаз в норме
- +повышение уровня непрямого билирубина, анемия, ретикулоцитоз
- повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз повышена
- повышение уровня прямого билирубина, анемии нет, активность трансаминаз в норме

112. Если у матери группа крови АВ (IV), а у ребенка O(I) развитие гемолитической болезни

- происходит
- +не происходит

113. Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по резус-фактору необходимо взять кровь

- +с группой крови ребенка, резус-фактор отрицательную
- с группой крови матери, резус-фактор отрицательную
- с группой крови ребенка, резус-фактор положительную

114. Для проведения заменного переливания крови при ГБН по АВО-системе используется эритроцитарная масса с группой крови

- ребенка
- +О(I)
- AB(IV)

115. При гемолитической болезни новорожденного желтуха появляется

- +на 1 сутки
- на 3 сутки
- на 5 сутки

116. ГБН по АВО-системе может развиваться если

- +мать - О(I) группы, ребенок - А(II) группы
- +мать - О(I) группы, ребенок - В(III) группы
- мать - А(II) группы, ребенок - О(I) группы
- мать - В(III) группы, ребенок - О(I) группы
- мать - О(I) группы, ребенок - АВ(IV) группы

117. Характерными для желтушной формы клиническими симптомами ГБН являются

- обесцвеченный кал
- +анемия
- +увеличение печени
- +увеличение селезенки
- геморрагическая сыпь на коже
- гипотрофия
- +желтуха

118. Характерными для отечной формы клиническими симптомами ГБН являются

- +анемия
- +эритробластоз
- +гепатоспленомегалия
- +отеки
- желтуха
- геморрагическая сыпь на коже

119. Для лечения ГБН применяется

- +инфузионная терапия
- +фототерапия
- глюкокортикоиды
- +заменное переливание крови

+люминал

120. Для септицемии характерны следующие клинические признаки

- гнойные очаги, отсутствие инфекционного токсикога
- выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
- +выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие гнойных очагов

121. Для септикопиемии характерны следующие клинические признаки

- гнойные очаги, отсутствие инфекционного токсикога
- +выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
- выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие гнойных очагов

122. Для ребенка с I степенью недоношенности характерна масса тела

- менее 1000 гр
- 1001-1500 гр
- 1501 - 2000 гр
- +2001 - 2500 гр
- 2501 - 3000 гр

123. Для ребенка с II степенью недоношенности характерна масса тела

- менее 1000 гр
- 1001 - 1500 гр
- +1501 - 2000 гр
- 2001 - 2500 гр
- 2501 - 3000 гр

124. Для ребенка с III степенью недоношенности характерна масса тела

- менее 1000 гр
- +1001 - 1500 гр
- 1501 - 2000 гр
- 2001 - 2500 гр
- 2501 - 3000 гр

125. Для ребенка с IV степенью недоношенности характерна масса тела

- +менее 1000 гр
- 1001 - 1500 гр
- 1501 - 2000 гр
- 2001 - 2500 гр
- 2501 - 3000 гр

126. Недоношенным считается ребенок, родившийся при сроке гестации менее 38 недель

127. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода

- в первый триместр беременности
- во второй триместр беременности
- +в третий триместр беременности

128. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является

- нормохромной
- гиперхромной
- +гипохромной

129. Для железодефицитной анемии в периферической крови характерно

- +снижение гемоглобина
- +снижение количества эритроцитов
- снижение количества ретикулоцитов
- снижение гематокрита
- +снижение цветового показателя
- +повышение количества ретикулоцитов

130. Среди клинических симптомов при железодефицитной анемии реже всего отмечается

- глоссит
- бледность
- +желтуха
- анорексия
- выпадение волос

131. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется

- гипоплазией
- аплазией
- +напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

132. При железодефицитной анемии выявляется повышение

- процента насыщения трансферина
- уровня сывороточного железа
- уровня ферритина в сыворотке
- концентрации гемоглобина в эритроцитах
- +ОЖСС

133. Железодефицитной анемии свойственны сидеропенические симптомы, характеризующиеся

- +трофическими изменениями кожи, ногтей, волос
- +извращение вкуса
- увеличением печени
- +мышечной слабостью
- судорожными подергиваниями конечностей
- увеличением селезенки

134. У детей раннего возраста наиболее часто встречается форма аллергии

- инфекционная
- +пищевая

- лекарственная
- ингаляционная аллергия

135. Наиболее значимыми аллергенами являются

- +коровье молоко
- +белок куриного яйца
- желток куриного яйца
- +рыба
- +манная крупа
- кукурузная крупа
- +клубника

136. При отсутствии первичной профилактики экссудативно-катаральный диатез может привести к развитию таких состояний

- +детская экзема
- мочекаменная болезнь
- +бронхиальная астма
- синдром внезапной смерти
- подагра
- неврастенический синдром

137. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний

- детская экзема
- мочекаменная болезнь
- бронхиальная астма
- +синдром внезапной смерти
- подагра
- неврастенический синдром
- +аутоиммунные заболевания

138. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний

- детская экзема
- +мочекаменная болезнь
- бронхиальная астма
- синдром внезапной смерти
- +подагра
- аутоиммунные заболевания
- +неврастенический синдром

139. Здоровый 6 мес. должен уметь

- +уверенно держать головку
- ходить
- +иметь координированное движение рук
- +садиться
- +переворачиваться со спины на живот и с живота на спину

140. Второй прикорм при искусственном вскармливании вводится в возрасте

- 4 мес
- +5 мес
- 6 мес
- 7 мес

141. К продуктам прикорма относятся

- молочная смесь
- сок
- +овощное пюре
- +каша
- яичный желток

142. Швы черепа у ребенка закрываются

- к 1 мес
- к 2 мес
- +к 3 мес
- к 4 мес

143. Начальный период рахита чаще выявляется в возрасте

- +1,5 - 4 мес
- 4 - 6 мес
- 6 - 8 мес
- 8 - 12 мес

144. Краниотабес это:

- уплощение затылка
- +размягчение чешуи затылочной кости
- образование теменных бугров
- размягчение краев большого родничка

145. Содержание сывороточных белков в грудной молоке составляет

- 20%
- 40%
- 60%
- +80%

146. Причина судорог при спазмофилии

- гипофосфатемия
- +гипокальциемия
- гиперкальциемия
- гиперфосфатемия
- ацидоз

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

- +1 - 2 дня
- 3 - 7 дней

- 10 дней
- до 14 дней

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

- 1 - 2 дня
- +3 - 7 дней
- 10 дней
- до 14 дней

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

- 1 - 2 дня
- 3 - 7 дней
- 10 дней
- +до 14 дней

150. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии

- 5 - 10%
- +10 - 20%
- 20 - 30%
- более 30%

151. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии

- 5 - 10%
- 10 - 20%
- +20 - 30%
- более 30%

152. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии

- 5 - 10%
- 10 - 20%
- 20 - 30%
- +более 30%

153. Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет от нормы

- +2/3
- 1/2
- 1/3
- 80%
- 40%

154. Объем питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет от нормы

- 2/3
- +1/2
- 1/3

-80%

-40%

155. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет от нормы

-2/3

-1/2

+1/3

-80%

-40%

156. Для рахита характерен

+метаболический ацидоз

-дыхательный ацидоз

-алкалоз

157. На фосфорно-кальцевый обмен в организме влияют

+1.25-дигидрохолекальциферол

-соматотропный гормон

+кальцитонин

+паратгормон

+кортикостероиды

158. Для рахита периода разгара характерны

+потливость

+блюдообразные эпифизы костей на рентгенограмме

-снижение активности щелочной фосфатазы

-нормальный уровень кальция в крови

+гипохромная анемия

159. Витамин Д содержится в следующих продуктах

+желток

+печень трески

-овощи

-хлеб грубого помола

+мясо

160. Профилактика рахита включает следующие мероприятия

+массаж

+гимнастика

+цитратная смесь

+витамин Д₂ по 500 МЕ

-витамин Д₂ по 2000 МЕ

161. 25-гидрохолекальциферол образуется в.....

печени

162. 1, 25-дигидрохолекальциферол образуется в

почках

163. Образование активных форм витамина Д

4- 1, 25-дигидрохолекальциферол

3- 25-гидрохолекальциферол

1- 7-дегидрохолестерин

2- холекальциферол

164. Причиной судорог при спазмофилии является

-гипофосфатемия

+гипокальциемия

-снижение активности фосфотазы

-гиперкальциемия

-гипокалиемия

165. Клинически явная тетания проявляется

-симптомом Хвостека

+ларингоспазмом

+карпопедальным спазмом

+клонико-тоническими судорогами

-симптомом Труссо

166. Заподозрить у ребенка скрытую тетанию можно по клиническим проявлениям

-вялость

-адинамия

+беспокойство

+вздрагивание

167. Предрасполагающими факторами к развитию спазмофилии являются

+повышенная инсоляция в весеннее время

-диета, богатая солями кальция

-недостаток витамина Д

+интенсивное лечение витамином Д

+назначение препаратов витамина Д вместе с УФО

168. Антагонистом витамина Д является

+витамин А

-витамин В6

-витамин В12

169. Каша, обладающая антикальцифицирующим действием и рекомендуемая для включения в рацион ребенка при гипервитаминозе Д

-гречневая

-рисовая

+манная

-кукурузная

170. Возможными осложнениями при гипервитаминозе Д являются

- +стойкое повышение АД
- стойкое понижение АД
- +кальциноз легких и мозга
- +уролитиаз
- нарушение обмена щавелевой кислоты

171. Для функциональных сердечных шумов характерно

- иррадиация шумов экстракардиально
- жесткий тембр звучания
- +изменчивость от положения тела, физической нагрузки (ослабление)
- +короткий по продолжительности

172. Вирусная пневмония по форме является

- +интерстициальной
- крупозной
- деструктивной

173. По классификации острые пневмонии делятся на

- +крупозные
- +интерстициальные
- бронхопневмонии
- плевропневмонии
- +сегментарные
- +очаговые

174. Показателями тяжести пневмонии являются

- +выраженность сердечно-сосудистых нарушений
- +выраженность дыхательной недостаточности
- частота и выраженность кашля
- наличие локализованных хрипов
- +степень токсикоза
- наличие притупления перкуторного звука

175. Осложнениями пневмонии являются

- дыхательная недостаточность
- токсикоз
- +пневмоторакс
- +острое легочное сердце
- +миокардит

176. Симптомами острой пневмонии являются

- +одышка
- боль в горле
- +цианоз
- +стонущее дыхание
- +кашель
- сухие хрипы

-среднепузырчатые хрипы
+крепитация

177. Крупозная пневмония характеризуется поражением

-сегмента легкого
+доли легкого
-очаговым поражением
-интерстициальным поражением

178. Для крупозной пневмонии характерно

+острое начало
-коробочный оттенок перкуторного звука
-сухие хрипы с двух сторон
+поражение доли легкого
+одышка
+румянец щеки на стороне поражения

179. Отхаркивающими препаратами являются

-либексин
+бромгексин
+ацетил-цистеин
-глаувент
-кодеин

180. При ревматизме морфологическим маркером является

-выраженность неспецифического экссудативного компонента воспаления
+обнаружение Ашофф-Талалаевских гранул

181. При ревматизме решающее значение в этиологии имеют

+бета-гемолитический стрептококк группы А
-бета-гемолитический стрептококк группы В
-стафилококк
-вирусы

182. Особенности ревматического полиартрита являются

-симметричное поражение мелких суставов
+поражение крупных суставов
+"летучий" характер поражения
-продолжительность полиартрита более 1 мес

183. К большим клиническим критериям ревматизма относятся

+хорея
+полиартрит
-артралгии
-абдоминальный синдром
-нефрит
+кардит
+аннулярная эритема

+ревматические узелки

184. Бициллинопрофилактика при ревматизме проводится

- +круглогодично
- весной и осенью
- в течение 1 года
- +в течение 5 лет

185. В базисную терапию острой атаки ревматизма с явлениями кардита обязательно включают

- +антибиотики пенициллинового ряда
- мочегонные препараты
- +нестероидные противовоспалительные
- +глюкокортикоиды
- седативные препараты
- сердечные гликозиды

186. Системной красной волчанкой чаще болеют

- +взрослые
- дети
- мужчины
- +женщины

187. Висцеральный синдром при СКВ может включать

- +кардит
- +нефрит
- +поражение ЦНС
- +поражение кожи
- полилимфаденит

188. Для СКВ в общем анализе крови характерны изменения

- лейкоцитоз
- +лейкопения
- +анемия
- тромбицитоз
- +тромбоцитопения
- +увеличение СОЭ
- нормальные показатели СОЭ

189. Для ЮРА появление болевого суставного синдрома характерно

- вечером
- в первую половину ночи
- +во вторую половину ночи
- утром

190. В принятые диагностические критерии ранней диагностики ЮРА в том числе входят следующие

- +артрит сустава продолжительностью более 1,5-2 мес

- +симметричное поражение мелких суставов
- +утренняя скованность
- кардит
- гепатит
- +поражение шейного отдела позвоночника

191. Поражение глаз при ЮРА предполагает

- глаукому
- +катаракту
- +передний иридоциклит

192. Возможные методики назначения глюкокортикоидов при ЮРА

- +пульсотерапия
- +внутриуставное введение
- пероральный прием курсом в дозе 0,5-0,7 мг/кг

193. При острой сосудистой недостаточности размеры печени

- увеличиваются
- +не изменяются
- уменьшаются

194. При острой сосудистой недостаточности влажный кашель и влажные хрипы в легких

- характерны
- +не характерны

195. Сердечная недостаточность по течению может быть

- +острая
- рецидивирующая
- +хроническая

196. Сердечная недостаточность по левожелудочковому типу характеризуется

- +тахикардией
- +тахипноэ
- +появлением ритма "галопа"
- увеличением размеров печени

197. Сердечная недостаточность по правожелудочковому типу характеризуется

- влажными хрипами в легких
- +увеличением размеров печени
- +периферическими отеками
- тахикардией

198. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре изменяется

- время свертывания
- +время кровотечения
- и то, и другое

-ни то, ни другое

199. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре

- +петехиально-пятнистый
- гематомный
- смешанный
- васкулитно-пурпурный
- ангиоматозный

200. Кровоточивость при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре связана с

- +нарушением в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
- дефицитом плазменных факторов свертывания
- патологией сосудистой стенки

201. В миелограмме при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре характерно

- угнетение мегакариоцитарного ростка
- нормальное число мегакариоцитов
- +увеличение числа клеток мегакариоцитарного ряда

202. Геморрагический синдром при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре характеризуется

- +полиморфностью высыпаний
- +полихромностью высыпаний
- симметричностью высыпаний
- +несимметричностью высыпаний
- наличием излюбленной локализации
- +отсутствием излюбленной локализации
- наличием зуда
- тенденцией к слиянию элементов

203. Препараты, применяющиеся при лечении ИТП

- +преднизолон
- гепарин
- антиагреганты
- свежезамороженная плазма
- +интерфероны
- тромбоконцентрат
- викасол

204. При геморрагическом васкулите тип кровоточивости

- петехиально-пятнистый
- +васкулитно-пурпурный
- гематомный
- смешанный
- ангиоматозный

205. Свертывающая способность крови при геморрагическом васкулите меняется в сторону

- гипокоагуляции
- +гиперкоагуляции
- не меняется

206. Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите характеризуется

- +наличием излюбленной локализации
- +симметричностью
- несимметричностью
- наличием зуда
- +склонностью элементов к слиянию
- наличием петехий
- гемартрозами

207. Для лечения геморрагического васкулита используют препараты

- антигистаминные
- дицинон
- +преднизолон
- +гепарин
- ε-Аминокапроновая кислота
- +антиагреганты

208. Для геморрагического васкулита в анализе периферической крови характерно

- анемия
- тромбоцитопения
- +тромбоцитоз
- +нейтрофильный лейкоцитоз
- +ускорение СОЭ

209. Время кровотечения при гемофилии

- удлинняется
- укорачивается
- +не меняется

210. Геморрагический синдром при гемофилии характеризуется наличием

- петехий
- экхимозов
- +гематом

211. Тип наследования при гемофилии

- аутосомно-рецессивный
- аутосомно-доминантный
- +сцепленный с X-хромосомой
- сцепленный с Y-хромосомой

212. Гемофилия А обусловлена дефицитом

- +VIII фактора
- IX фактора
- XI фактора

213. Гемофилия В обусловлена дефицитом

- VIII фактора
- +IX фактора
- XI фактора

214. При легкой степени гемофилии содержание фактора составляет

- 0 - 1%
- 1 - 2%
- 2 - 5%
- +5 - 15%
- 15 - 75%

215. IX фактор свертывания крови содержится

- в криопреципитате
- +в свежемороженой плазме
- +консервированной крови

216. Источником образования лейкозных клеток является

- лимфатические узлы
- +костный мозг
- лимфоидные органы
- ЦНС

217. Разница между острым и хроническим лейкозами определяется

- +степенью дифференцировки опухолевых клеток
- длительностью заболевания
- остротой клинических проявлений

218. Тромбоцитопения при остром лейкозе связана

- +с угнетением мегакариоцитарного ростка
- разрушением тромбоцитов
- с повышенным депонированием тромбоцитов

219. Диагноз острого лейкоза становится несомненным

- при появлении бластных клеток в гемограмме
- при гепатоспленомегалии
- при анемическом и геморрагическом синдроме
- при угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге
- +при бластозе в костном мозге

220. Количество бластных клеток в костном мозге, необходимое для постановки диагноза "острый лейкоз"

- +более 30%
- более 20 %
- более 5%

221. Для пиелонефрита характерны

- гематурия
- протеинурия
- +бактериурия
- азотемия
- +лейкоцитурия

222. Для пиелонефрита характерны

- боли при мочеиспускании
- +боли в поясничной области
- +повышение температуры
- +симптомы интоксикации
- отеки
- +гипертония

223. Для лечения пиелонефрита используются

- +уросептики
- гипотензивные средства
- +антибиотики
- антиагреганты
- мочегонные средства
- гормональные препараты

224. В патогенезе сужения просвета бронхов при обструктивном бронхите основную роль играют

- бронхоспазм
- +отек слизистой оболочки бронхов
- +гиперсекреция слизи

225. Обструктивный бронхит у детей раннего возраста встречается чаще при сопутствующих

- гипотрофии
- рахите
- +экссудативно-катаральном диатезе
- +лимфатико-гипопластическом диатезе
- железодефицитной анемии

226. Для острого обструктивного бронхита характерны следующие клинические проявления

- инспираторная одышка
- +экспираторная одышка
- влажные мелкопузырчатые хрипы
- +свистящие рассеянные хрипы
- притупление перкуторного звука

- +коробочный оттенок перкуторного звука
- очаговые тени на рентгенограмме

227. Хронический бронхит - это заболевание

- с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты
- с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет
- +с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет по 3 месяца в году

228. В хронизации воспалительного процесса в бронхах играет роль

- нарушение мукоцилиарного клиренса
- снижение местного иммунитета
- дестабилизация клеточных мембран
- +все выше перечисленное

229. В диагностике хронического бронхита необходимы следующие исследования

- +общий анализ крови
- общий анализ мочи
- +рентгенография легких
- +бронхоскопия
- пневмотахометрия
- УЗИ внутренних органов

230. При хроническом гастроудените боли в животе, как правило, бывают

- ранние
- ночные
- поздние
- поздние и ночные
- +ранние и поздние
- ранние и ночные

231. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки боли в животе, как правило, бывают

- ранние
- ранние и поздние
- ранние и ночные
- +поздние и ночные

232. К препаратам, обладающим антигеликобактерным эффектом, относятся

- гастроцепин
- альмагель
- +де-нол
- +амоксциллин
- +трихопол

233. Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме у детей

- +ингаляционные глюкокортикостероиды
- +пролонгированные β-агонисты
- симпатомиметики
- антигистаминные препараты

234. При астматическом статусе у детей обязательно назначается:

- +внутривенное введение эуфиллина
- +оксигенотерапия
- блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов
- седативные препараты
- +гормоны парентерально

235. Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста используют, прежде всего

- блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов
- оксигенотерапию
- +β₂-адреномиметики
- β-блокаторы

236. Необходимые исследования при постановке диагноза бронхиальная астма у детей

- бронхоскопия
- посев мокроты
- +спирография
- +кожные пробы с аллергенами
- определение Т- и В-лимфоцитов с крови

237. Используя ингаляционные глюкокортикостероиды при бронхиальной астме у детей, следует помнить:

- максимальный эффект развивается через 2-3 минуты
- +частым осложнением является кандидоз слизистой
- частым осложнением является нарушение прорезывания зубов
- нельзя сочетать с адреномиметиками

238. Каковы наиболее частые осложнения у детей с бронхиальной астмой при лечении системными глюкокортикостероидами:

- +угнетение коры надпочечников
- миопия
- +остеопороз
- облысение
- +задержка роста

239. Показания к назначению системных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме у детей

- длительность заболевания более 5 лет
- +астматический статус
- +отсутствие эффекта при применении ингаляционных глюкокортикостероидов
- отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

240. Большой риск развития аллергических заболеваний имеют дети

- +переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни
- перенесшие на первом году жизни рахит
- +с лимфатико-гипопластическим диатезом
- +с экссудативно-катаральным диатезом
- из неполных семей

241. При лечении бронхиальной астмы ингаляционные b2-адреномиметики короткого действия можно применять у детей:

- не чаще 2 раз в сутки
- +не чаще 3-4 раз в сутки
- так часто, как этого требует состояние ребенка
- эти препараты нельзя использовать у детей

242. Эозинофилия является характерным признаком при

- +бронхиальной астме
- +крапивнице
- пневмонии
- +гельминтозах

243. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей характерны следующие гематологические изменения

- удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту
- +удлинение времени кровотечения по Дьюке
- +количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$
- +снижение ретракции кровяного сгустка

244. Укажите клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры у детей

- симметричная пятнисто-папулезная сыпь красного цвета на разгибательных поверхностях
- +петехии и экхимозы по всему телу
- гемартроз
- +носовые кровотечения
- схваткообразные боли в животе

245. Укажите клинические проявления геморрагического васкулита у детей:

- +симметричная пятнисто-папулезная сыпь на разгибательных поверхностях конечностей
- +схваткообразные боли в животе
- подкожные и внутримышечные гематомы
- спонтанные кровотечения со слизистых оболочек

246. Какая форма острого лейкоза наиболее часто встречается у детей

- +лимфобластный
- промиелоцитарный
- эритромиелоз
- монобластный

247. Какие изменения в анализах крови наиболее характерны для острого лейкоза у детей

- +анемия
- +тромбоцитопения
- +лейкемическое зияние
- +лейкоцитоз
- ретикулоцитоз

248. Характерными для нефротического синдрома у детей является наличие следующих признаков

- +значительная протеинурия
- +гипопротеинемия
- лейкоцитурия
- +гиперхолестеринемия
- гематурия

249. Выберите клинические симптомы, наиболее характерные для острого пиелонефрита у детей

- артериальная гипертензия
- +боли в животе
- +учащенное мочеиспускание
- +повышение температуры тела
- олигурия

250. Назовите наиболее частого возбудителя пиелонефрита у детей

- стафилококки
- стрептококки
- +кишечная палочка
- микоплазма
- уреаплазма

251. Какие из лабораторных показателей наиболее характерны для пиелонефрита у детей

- протеинурия более 3 г/л
- +лейкоцитурия
- эритроцитурия
- цилиндрурия
- +бактериурия

252. При гломерулонефрите у детей в питании ограничивают

- +поваренную соль
- +жидкость
- углеводы
- жиры
- +белок

253. Для нефротического синдрома у детей характерны:

- незначительные отеки на голени

- только отечность лица
- отсутствие отеков
- +выраженные распространенные отеки на лице, конечностях
- +плеврит, асцит, перикардит

254. Основным средством лечения пиелонефрита у детей является:

- нестероидные противовоспалительные препараты
- диетотерапия
- +антибактериальные препараты
- блокаторы АПФ
- мочегонные препараты

255. В каких случаях у детей наблюдается преимущественно экспираторная одышка:

- +обструктивный бронхит
- +бронхиальная астма
- +бронхиолит
- круп
- заглоточный абсцесс
- острая неосложненная пневмония

256. На основании каких признаков можно поставить диагноз дыхательной недостаточности у детей:

- +увеличение частоты дыхания
- +участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
- рентгенологического исследования грудной клетки
- УЗИ грудной клетки
- +исследования газов артериальной крови

257. При какой вирусной инфекции у детей чаще возникает стеноз гортани

- энтеровирусной инфекции
- аденовирусной инфекции
- +парагрипп
- грипп
- ротавирусная инфекция

258. Назовите характерные признаки острого бронхита у детей

- интоксикация
- +рассеянные влажные среднепузырчатые хрипы в легких
- наличие односторонних влажных мелкопузырчатых хрипов в легких
- +умеренные сдвиги воспалительного характера в анализах крови
- наличие очаговой инфильтрации в легких на рентгенограмме

259. Назовите наиболее частый путь распространения инфекции в легких у детей при пневмонии

- контактный
- гематогенный
- лимфогенный

+бронхогенный

260. Укажите показания для госпитализации в стационар детей с пневмонией

+возраст до 1 года

+наличие осложнений

-умеренно выраженные признаки воспаления в анализах крови

+социальное неблагополучие

261. Какое инструментальное исследование необходимо назначить больному ребенку для подтверждения диагноза пневмонии:

-спирография

-бронхография

+рентгенография легких

-пикфлоуметрия

-сцинтиграфия легких

262. К легочным осложнениям пневмонии у детей относятся

+плеврит

-инфекционно-токсический шок

+легочная деструкция

+пиопневмоторакс

-кардио-васкулярный синдром

+абсцесс легкого

263. К внелегочным осложнениям пневмонии у детей относятся

-плеврит

+инфекционно-токсический шок

+ДВС-синдром

+сердечно-сосудистая недостаточность

-дыхательная недостаточность

264. Укажите экзогенные причины хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки у детей:

-нарушение гастро-дуоденальной моторики

+пищевая аллергия

+пилорический хеликобактер

+лекарственные воздействия

-низкая физическая активность

265. Какие из перечисленных препаратов используют для лечения хеликобактер пилори у детей

- вентер

+де-нол

-альмагель

+амоксциллин

+кларитромицин

266. К факторам "защиты" слизистой желудка у детей относятся

- +слизито-бикарбонатный барьер
- пепсиноген
- +регенераторная способность слизистой оболочки
- пилорический хеликобактер
- +достаточное кровоснабжение

267. К факторам "агрессии" при хронической гастродуоденальной патологии у детей относятся

- +повышение выработки HCl и пепсина
- достаточное кровоснабжение
- +гастродуоденальная дисмоторика
- +пилорический хеликобактер
- слизистый барьер

268. У детей по локализации выделяют следующие гастриты

- +антральный
- эозинофильный
- +фундальный
- +пангастрит
- гипертрофический

269. Наиболее частая локализация язвенной болезни у детей

- тело желудка
- +12-перстная кишка
- двойная локализация
- дно желудка

270. Для какой инфекции характерно этапное появление сыпи?

- ветряная оспа
- краснуха
- +корь
- скарлатина
- эпидемический паротит

271. Для какого заболевания характерен ложный полиморфизм сыпи

- корь
- краснуха
- скарлатина
- +ветряная оспа
- дифтерия

272. При каком заболевании характерно появление пятен Бельского-Филатова-Коплика

- +корь
- краснуха
- эпидемический паротит
- дифтерия
- скарлатина

273. Какие инфекции из перечисленных ниже вызываются вирусами

- скарлатина
- +корь
- дифтерия
- +ветряная оспа
- +инфекционный мононуклеоз

274. Для какой инфекции характерно следующее описание сыпи: пятнисто-папулезная на неизменном фоне кожи, появляющаяся этапно, с последующим переходом в пигментацию

- ветряная оспа
- краснуха
- скарлатина
- +корь
- инфекционный мононуклеоз

275. Для какой инфекции характерно следующее описание сыпи: мелкоточечная на гиперемизированном фоне кожи, сгущающаяся в естественных складках кожи внизу живота

- +скарлатина
- корь
- краснуха
- ветряная оспа

276. Путь передачи инфекции при дифтерии

- +воздушно-капельный
- фекально-оральный
- +контактно-бытовой
- +пищевой
- парентеральный

277. При распространенной дифтерии зева расположение пленок

- не выходят за пределы миндалин
- +расположены на мягком небе, задней стенке глотки

278. Появление отека подкожно-жировой клетчатки шеи характерно для

- скарлатины
- кори
- +токсической дифтерии
- эпидемического паротита

279. Для лечения носителей токсигенных штаммов дифтерии используются

- +антибиотики
- вакцина АКДС
- сыворотка
- гамма глобулин

280. Этиотропная терапия при дифтерии включает назначение

- противодифтерийной сыворотки
- +антибиотиков
- вакцины

281. Доза вводимой противодифтерийной сыворотки зависит от

- массы тела больного
- возраста
- +тяжести заболевания

282. Плановая вакцинация детей против дифтерии начинается в возрасте

- 12 часов
- 5 суток
- +3 мес
- 12 мес

283. Классическая триада Грегга при врожденной краснухе характеризуется такими проявлениями как

- +катаракта
- +глухота
- спленоmegалия
- аномалия скелета
- +врожденный порок сердца

284. Иммунизация против краснухи проводится в сроки:

- 6 мес
- +12 мес
- +6 лет
- +13 лет

285. При эпидемическом паротите характерно поражение

- +железистых органов
- лимфатических узлов
- +нервной системы
- селезенки
- суставов

286. При инфекционном мононуклеозе характерно поражение

- железистых органов
- +лимфатических узлов
- +селезенки
- нервной системы

287. Специфическая профилактика при скарлатине:

- проводится в плановом порядке в декретированные сроки
- +не проводится

288. К вирусным гепатитам с энтеральным путем заражения относятся

- +гепатит А
- гепатит В
- гепатит С
- гепатит Д
- +гепатит Е

289. При каком заболевании характерно развитие приступообразного кашля с репризами

- корь
- грипп
- +коклюш
- аденовирусная инфекция

290. Какие осложнения могут возникнуть при коклюше у детей

- +энцефалопатия
- +пневмония
- +ателектаз
- гломерулонефрит
- кардит

291. Вододефицитный эксикоз характеризуется следующими симптомами:

- +лихорадка
- снижение АД
- +судороги
- анурия
- +сухость слизистых
- +выбухание родничка

292. Соледефицитный эксикоз характеризуется клиническими симптомами

- гипотермия
- +снижение АД
- выбухание родничка
- +анурия
- +бледные, холодные конечности

293. В этиотропной терапии дизентерии применяются

- +бактериофаг
- +антибиотики
- пробиотики
- адсорбенты
- ферментные препараты

294. При эксикозе II степени острый дефицит массы тела составляет

- 2%
- 5%
- +5-10%
- более 10%
- более 15%

295. Инкубационный период при кори составляет

- 1-7 дней
- +8-17 дней
- 30 и более дней

296. При кори антибактериальная терапия назначается:

- в продромальный период
- в разгар заболевания
- +при наличии осложнений

297. Сыпь при кори характеризуется

- одномоментностью высыпания
- +пятнисто-папулезными элементами
- +этапностью высыпания
- +тенденцией к слиянию элементов
- везикулезными элементами

298. Пятна Бельского-Филатова появляются при кори:

- +в катаральный период
- период высыпаний
- период пигментации
- на коже
- +на слизистой оболочке ротовой полости

299. В начальном периоде кори выявляют:

- +выраженные катаральные проявления
- яркую отграниченную гиперемию зева
- +конъюнктивит
- "сосочковый" язык
- лимфаденопатию

300. Активная иммунизация против кори проводится

- АКДС-вакциной
- гамма-глобулином
- анатоксином
- +живой ослабленной вирусной вакциной
- инактивированной вакциной

301. Краснухой чаще болеют дети в возрасте:

- до 1 года
- +1-7 лет
- 7-10 лет

302. При остром стенозирующем ларинготрахеите отмечается

- +изменение тембра голоса
- +грубый лающий кашель
- экспираторная одышка

+инспираторная одышка

303. Заражение детей краснухой происходит:

- +трансплацентарно
- через грудное молоко
- +воздушно-капельным путем
- контактно-бытовым путем
- фекально-оральным путем

304. Основными симптомами краснухи являются:

- +пятнисто-папулезная сыпь
- +увеличение лимфоузлов
- мелкоточечная сыпь
- диспепсия
- рвота

305. В периферической крови при краснухе отмечаются:

- анемия
- лейкоцитоз
- +лейкопения
- +относительный лимфоцитоз
- нейтрофилез
- +плазматические клетки

306. Для менингита паротитной этиологии характерны:

- +лихорадка
- +повторная рвота
- +головная боль
- +менингеальные знаки
- геморрагическая сыпь

307. Спинномозговая жидкость при менингите паротитной этиологии

- +прозрачная
- мутная
- высокий цитоз
- +высокий уровень белка
- цитоз нейтрофильный
- +цитоз нейтрофильный

308. Источником инфицирования при скарлатине может быть больной

- +ангиной
- +скарлатиной
- пиелонефритом
- ревматизмом
- +рожей

309. Инкубационный период скарлатины

- 2-3 часа

+2-7 дней
-9-21 день

310. В начале заболевания при скарлатине появляются

+сухость кожи
+мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи
-пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне кожи
-пластинчатое шелушение
+белый дермографизм

311. Наиболее типичными осложнениями при скарлатине являются

+отит
-синдром крупа
+лимфаденит
+гломерулонефрит
-полирадикулоневрит

312. Для "скарлатинозного" сердца характерны:

+тахикардия
-брадикардия
-снижение АД
+повышение АД
+систолический шум на верхушке

313. Клинико-лабораторные признаки панкреатина паротитной этиологии

-сонливость
+боли в животе
+повышение диастазы мочи
-повышение трансаминаз крови

314. Высыпания при ветряной оспе возникают:

+толчкообразно в течение нескольких дней
-поэтапно
-одномоментно

315. Сывороточными маркерами периода разгара острого гепатита В являются:

+анти-НВс IgM
-анти- НВе
-анти-НВсAg
+НВеAg

316. Гепатит С подтверждается обнаружением в крови:

-анти-СМV
+анти-НСV
-анти-НВсIgG

317. При менингококковом менингите в спинномозговой жидкости цитоз:

- лимфоцитарный
- +нейтрофильный
- смешанный

318. Типичная сыпь при менингококцемии

- анулярная
- +геморрагическая звездчатая
- петехиальная

319. При менингококковом менингите отменить антибиотик возможно при цитозе в ликворе не более:

- 1000 клеток в 1 мкл
- +100 клеток в 1 мкл
- 250 клеток в 1 мкл
- 20 клеток в 1 мкл

320. Для какой инфекции характерно этапное появление сыпи?

- ветряная оспа
- краснуха
- +корь
- скарлатина
- эпидемический паротит

321. Митигированная корь характеризуется

- +удлинением инкубационного периода
- укорочением инкубационного периода
- +более легким течением
- более тяжелым течением

322. Митигированная корь возникает у детей

- имеющих врожденное или приобретенное иммунодефицитное состояние
- имеющих отягощенный аллергический анамнез
- +получивших иммуноглобулин
- вакцинированных

323. Экстренная профилактика кори заключается

- +введение гаммаглобулина
- +введение вакцины
- назначение антибиотиков
- не проводится

324. Экстренная вакцинация против кори проводится с течением

- +3 дней с момента контакта
- в течение недели с момента контакта
- не проводится

325. Для какой инфекции характерно наличие пятнисто-папулезно-везикулезных высыпаний

корь
краснуха
+ветряная оспа
скарлатина

326. Источником инфекции при ветряной оспе являются

+больной ветряной оспой до момента образования корочек
вирусоноситель
больной ветряной оспой в инкубационный период
+больной опоясывающим лишаем

327. Какие инфекции из перечисленных ниже вызываются вирусами

скарлатина
+корь
дифтерия
+ветряная оспа
+инфекционный мононуклеоз

328. Путь передачи инфекции при дифтерии

+воздушно-капельный
фекально-оральный
+контактно-бытовой
+пищевой
парентеральный

329. При распространенной дифтерии зева расположение пленок

не выходят за пределы миндалин
+расположены на мягком небе, задней стенке глотки

330. Появление отека подкожно-жировой клетчатки шеи характерно для

скарлатины
кори
+токсической дифтерии
эпидемического паротита

331. Для лечения носителей токсигенных штаммов дифтерии используются

+антибиотики
вакцина АКДС
сыворотка
гамма глобулин

332. Этиотропная терапия при дифтерии включает назначение

противодифтерийной сыворотки
+антибиотиков
вакцины

333. Доза вводимой противодифтерийной сыворотки зависит от

массы тела больного

возраста
+тяжести заболевания

334. Плановая вакцинация детей против дифтерии начинается в возрасте

12 часов
5 суток
+3 мес
12 мес

335. При эпидемическом паротите характерно поражение

+железистых органов
лимфатических узлов
+нервной системы
селезенки
суставов

336. Специфическая профилактика при скарлатине:

проводится в плановом порядке в декретированные сроки
+не проводится

337. К вирусным гепатитам с энтеральным путем заражения относятся

+гепатит А
гепатит В
гепатит С
гепатит Д
+гепатит Е

338. При каком заболевании характерно развитие приступообразного кашля с репризами

корь
грипп
+коклюш
аденовирусная инфекция

339. Водефицитный эксикоз характеризуется следующими симптомами:

+лихорадка
снижение АД
+судороги
анурия
+сухость слизистых
+выбухание родничка

340. Содефицитный эксикоз характеризуется клиническими симптомами

гипетермия
+снижение АД
выбухание родничка
+анурия
+бледные, холодные конечности

341. В этиотропной терапии дизентерии применяются

+бактериофаг
+антибиотики
пробиотики
адсорбенты
ферментные препараты

342. При эксикозе II степени острый дефицит массы тела составляет

2%
5%
+5-10%
более 10%
более 15%

343. При кори антибактериальная терапия назначается:

в продромальный период
в разгар заболевания
+при наличии осложнений

344. Сыпь при кори характеризуется

одномоментностью высыпания
+пятнисто-папулезными элементами
+этапностью высыпания
+тенденцией к слиянию элементов
везикулезными элементами

345. Пятна Бельского-Филатова появляются при кори:

+в катаральный период
период высыпаний
период пигментации
на коже
+на слизистой оболочке ротовой полости

346. В начальном периоде кори выявляют:

+выраженные катаральные проявления
яркую ограниченную гиперемия зева
+конъюктивит
"сосочковый" язык
лимфаденопатию

347. Активная иммунизация против кори проводится

АКДС-вакциной
гамма-глобулином
анатоксином
+живой ослабленной вирусной вакциной
инактивированной вакциной

348. Краснухой чаще болеют дети в возрасте:

до 1 года

+1-7 лет

7-10 лет

349. Заражение детей краснухой происходит:

+трансплацентарно

через грудное молоко

+воздушно-капельным путем

контактно-бытовым путем

фекально-оральным путем

350. Основными симптомами краснухи являются:

+пятнисто-папулезная сыпь

+увеличение лимфоузлов

мелкоточечная сыпь

диспепсия

рвота

351. В периферической крови при краснухе отмечаются:

анемия

лейкоцитоз

+лейкопения

+относительный лимфоцитоз

нейтрофилез

+плазматические клетки

352. Для менингита паротитной этиологии характерны:

+лихорадка

+повторная рвота

+головная боль

+менингеальные знаки

геморрагическая сыпь

353. Спинномозговая жидкость при менингите паротитной этиологии

+прозрачная

мутная

высокий цитоз

+высокий уровень белка

цитоз нейтрофильный

+цитоз лимфоцитарный

354. Источником инфицирования при скарлатине может быть больной

+ангиной

+скарлатиной

пиелонефритом

ревматизмом

+рожей

355. Инкубационный период скарлатины

2-3 часа

+2-7 дней

9-21 день

356. В начале заболевания при скарлатине появляются

+сухость кожи

+мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи

пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне кожи

пластинчатое шелушение

+белый дермаграфизм

357. Наиболее типичными осложнениями при скарлатине являются

+отит

синдром крупа

+лимфаденит

+гломерулонефрит

полирадикулоневрит

358. Клинико-лабораторные признаки панкреатина паротитной этиологии

сонливость

+боли в животе

+повышение диастазы мочи

повышение трансаминаз крови

359. Метод ПЦР при вирусных гепатитах применяется для выявления

+нуклеиновых кислот вирусов

антигенов вирусов

специфических антител

360. Сывороточными маркерами периода разгара острого гепатита В являются:

+анти-НВс IgM

анти- НВс

анти-НВсAg

+НВсAg

361. Гепатит С подтверждается обнаружением в крови:

анти-СМV

+анти-НСV

анти-НВсIgG

362. При менингококковом менингите в спинномозговой жидкости цитоз:

лимфоцитарный

+нейтрофильный

смешанный

363. Профилактика менингококковой инфекции проводится
живой вакциной
убитой вакциной
+полисахаридной вакциной
вакцинация не проводится

364. Здорового доношенного ребенка в роддоме вакцинируют от
кори
+туберкулеза
дифтерии
коклюша
+гепатита

365. Для спинальной формы полиомиелита характерно:
снижение чувствительности
+нарушение двигательной функции
верны оба ответа

366. Для полиомиелита характерен путь заражения:
парентеральный
+воздушно-капельный
алиментарный
+фекально-оральный
трансмиссивный

367. Для какой инфекции характерно развитие дистального колита:
сальмонеллез
+шигеллез
ешерихиоз

368. Для менингококцемии характерно:
выраженные катаральные явления
менингеальные симптомы
+геморрагическая сыпь на коже

369. При инфекционно-токсическом шоке, вызванном менингококковой инфекцией препаратом выбора является:
пенициллин
цефтриаксон
+левомицетин
тетрациклин

370. К локализованным формам менингококковой инфекции относятся:
менингит
менингококцемия
+носительство менингококка
+назофарингит

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический Курс 4

Дисциплина педиатрия

Экзаменационный билет №1

1. Искусственное вскармливание детей, показания к применению. Формулы расчета питания. Смеси для вскармливания.
2. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диф.диагноз. Прогноз. Лечение
3. Острая пневмония. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический Курс 4

Дисциплина педиатрия

Экзаменационный билет №2

1. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока.
2. Недоношенные дети. Причины преждевременного рождения детей. Клинические признаки недоношенности.
3. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический Курс 4

Дисциплина педиатрия

Экзаменационный билет №3

1. Анатомо-физиологические особенности кровеносной системы у детей. Особенности формулы крови.
2. Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диф. Диагноз. Лечение. Прогноз.
3. Острая ревматическая лихорадка. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Ветряная оспа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический Курс 4

Дисциплина педиатрия

Экзаменационный билет №4

1. Анатомо-физиологические особенности кожи у детей.
2. Рахит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз.
3. Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №5

1. Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей.
2. Спазмофилия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз
4. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №6

1. Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения и органов брюшной полости.
2. Дистрофии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика.
3. Гемофилия. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
4. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №7

1. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы у девочек и девушек.
2. Бронхиолит. Этиология. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Прогноз.
3. Острый лейкоз. Особенности течения, диагностики и лечения в детском возрасте.
4. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №8

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей
2. Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Язвенная болезнь. Особенности течения, диагностики и лечения в детском возрасте.
4. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и пат.анатомия. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №9

1. Критерии оценки физического развития у детей 1-го года жизни. Понятие о нормотрофии.
2. Спазмофилия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №10

1. Периоды детского возраста. Роль возрастного фактора в патологии ребенка.
2. Недоношенные дети. Причина преждевременного рождения детей. Клинические признаки недоношенности.
3. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Острые вирусные гепатиты. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический Курс 4

Дисциплина педиатрия

Экзаменационный билет №11

1. Искусственное вскармливание. Техника проведения и критерии оценки его эффективности.
2. Дистрофии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Хронические панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Острые кишечные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №2

Факультет медико-профилактический Курс 4

Дисциплина педиатрия

Экзаменационный билет №12

1. Гипогалактия, ее причины, меры предупреждения и лечения.
2. Гипервитаминоз Д. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Полиомиелит. Эпидемиология. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №13

1. Противопоказания и затруднения при естественном вскармливании со стороны матери и ребенка.
2. Пилоростеноз, пилороспазм. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Прогноз. Лечение.
3. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Особенности течения, диагностики и лечения в детском возрасте.
4. Вакцинальный календарь РФ. Противопоказания к проведению прививок.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №14

1. Критерии оценки психомоторного развития детей первого года жизни.
2. Дистрофии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика.
3. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Поствакцинальные реакции и осложнения.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №15

1. Периоды детского возраста. Роль возрастного фактора в патологии ребенка.
2. Железодефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Прогноз.
3. Острая пневмония. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №16

1. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока.
2. Рахит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз.
3. Гемофилия. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
4. Неотложная помощь при судорожном синдроме.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №17

1. Гипогалактия, ее причины, меры предупреждения и лечения.
2. Транзиторные состояния периода новорожденности. Клинические проявления. Диф.диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Неотложная помощь при эксикозе.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №18

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей.
2. Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Острая ревматическая лихорадка. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №19

1. Критерии оценки физического развития у детей первого года жизни.
2. Гипервитаминоз Д. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детских болезней №2
Факультет медико-профилактический Курс 4
Дисциплина педиатрия**

Экзаменационный билет №20

1. Общие принципы обследования и ухода за ребенком.
2. Недоношенные дети. Особенности вскармливания и ухода. Отдаленные последствия недоношенности.
3. Язвенная болезнь. Особенности течения, диагностики и лечения в детском возрасте.
4. Неотложная помощь при крупе.

Зав. кафедрой, к.м.н.

Дзилихова К.М.