

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПЕДИАТРИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**

Кафедра **ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения дисциплине
-------	--	--------------------------------	--------------------------------

1.	Периоды детского возраста. Анатомо-функциональные особенности детского возраста.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	ЗНАТЬ: 1. Основы этики деонтологии врачебной деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных культурных различий
2.	Вскармливание детей первого года жизни, виды вскармливания.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	2. Основы и требования по ведению медицинской документации в соответствии с законодательством РФ
3.	Рахит.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	3. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний неотложных состояний у больных детей
4.	Острые заболевания верхних и нижних дыхательных путей.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	4. Анатомио-физиологические особенности, закономерности роста и развития здорового и больного ребенка.
5.	Геморрагические заболевания у детей.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	5. Этиологию, патогенез, морфогенез, клиническую картину, особенности течения болезней у детей
6.	Анемии.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	6. Современную методологию клинической, лабораторной и инструментальной диагностики болезней детей.
7.	Хронические заболевания верхних отделов органов пищеварения и патология гепатобилиарной системы.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	7. Принципы терапии наиболее распространенных заболеваний у детей.
8.	Заболевания почек у детей.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	8. Принципы и методы оказания медицинской помощи при различных
9.	Детские инфекции.	УК-1 ОПК-5	

		ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	неотложных состояниях детей, показания госпитализации. 9. Оценку качеств оказания медицин помощи детям использованием основ медико-статистически показателей 10. Теоретические осн информатики, о хранение, перераб преобразование, распространение информации медицинских биологических систе использование информационных компьютерных систе медицине здравоохранении. Осн доказательной медици
10.	Неотложные состояния у детей.	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ПК-5 ПК-6	УМЕТЬ: 1. Использовать этические деонтологические принципы в работе в педиатра с уч социальных, этничес конфессиональных культурных различий. 2. Оформить медицинскую документацию различ характера в медицин организациях педиатрического проф 3. Обосновать принципы тер наиболее распространенных заболеваний; назна рациональную тера применить лекарствен препараты, комбинации для леч детей, выписать рец лекарственных средст 4. Собрать анам провести физикал обследование паци

		<p>различного возр интерпретировать результаты обследо обосновать диа определить обследования и лечени</p> <p>5. Заполнять медицинскую документацию различ характера в медицин организациях педиатрического проф</p> <p>6. Выявлять жизнеугрожающие состояния у детей оказывать неотлож помощь.</p> <p>7. Анализировать оценивать качес медицинской пом состояние здор детского населения использованием основ медико-статистически показателей.</p> <p>8. Пользоваться учебной, научной, нау популярной литерату сетью Интернет профессиональной деятельности, мето статистической обраб материала.</p> <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <p>1. Принципами этик деонтологии в педиатра в клиниче практике.</p> <p>2. Оформлением ист болезни как юридичес документа и др документации медицинских организациях педиатрического проф</p> <p>3. Алгоритмом назначения тера современными порядк стандартами протоколами оказ медицинской пом детям.</p>
--	--	--

			<p>4. Сбором анамнеза методами обследования клинического обследования детей подростков, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики постановки клинического диагноза.</p> <p>5. Алгоритмом протоколами выполнения основных врачебных диагностических лечебных мероприятий назначением терапии.</p> <p>6. Алгоритмом протоколами оказания врачебной помощи неотложных угрожающих состояниях у детей.</p> <p>7. Алгоритмом обеспечения качества оказания медицинской помощи Алгоритмом обеспечения основных врачебных диагностических лечебных мероприятий оказанию помощи детям на основе доказательной медицины; представлением результатов анализа публичного обсуждения</p>
--	--	--	---

Тестовые задания для студентов третьего курса стоматологического факультета по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»

1. ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВСЕХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

- 1) 1–1,5
- 2) 1,5–2
- 3) 2–2,5 *
- 4) 2,5–3

2. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 3–4 лет

- 2) 4–5 лет
- 3) 5–6 лет *
- 4) 7–8 лет

3. ВСЕ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ, КРОМЕ ЗУБОВ МУДРОСТИ, У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

- 1) 8-10
- 2) 10-14 *
- 3) 15-17

4. «КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ» – ЭТО ИМЕЮЩЕЕСЯ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЕННОГО ВОЗРАСТА КОЛИЧЕСТВО

- 1) костей
- 2) зубов
- 3) ядер окостенения *

5. К ОСОБЕННОСТЯМ ПИЩЕВОДА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) относительно длинный *
- 2) относительно короткий
- 3) анатомические сужения выражены хорошо
- 4) мышечные и эластические волокна недоразвиты *
- 5) слизистая оболочка хорошо васкуляризирована *

6. СКЛОННОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ К СРЫГИВАНИЯМ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) вертикальным расположением желудка
- 2) расположением дна желудка ниже антрально–пилорического отдела *
- 3) тупым углом Гиса *
- 4) слабой запирающей функцией нижнего пищеводного сфинктера *
- 5) высоким тонусом пилорического отдела желудка *

7. ТРАНЗИТ ПИЩИ ПО ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) происходит быстрее, чем у взрослых *
- 2) происходит медленнее, чем у взрослых
- 3) быстрее при искусственном вскармливании
- 4) быстрее при естественном вскармливании *

8. СТУЛ РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- 1) золотисто-желтого цвета *
- 2) кашицеобразный *
- 3) плотной консистенции
- 4) содержит много воды *
- 5) имеет кислую реакцию *

9. СТУЛ РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- 1) светло-желтого цвета *
- 2) имеет кислый запах
- 3) имеет неприятный запах *
- 4) замазкообразной консистенции
- 5) имеет примесь слизи и зелени *

10. СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕННОЙ МОЧИ ДНЕМ И НОЧЬЮ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1:1
- 2) 2:1 *
- 3) 3:1 *
- 4) 4:1

11. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) клинический анализ крови
- 2) биохимический анализ крови с определением уровней мочевины, креатинина, электролитов *
- 3) общий анализ мочи *
- 4) проба Зимницкого *
- 5) клиренс по эндогенному креатинину

12. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 100-110
- 2) 110-120
- 3) 120-140 *
- 4) 140-160

13. ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) количество лейкоцитов более $18-20 \times 10^9/\text{л}$ *
- 2) количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
- 3) преобладают лимфоциты
- 4) преобладают моноциты
- 5) отмечается нейтрофилез со сдвигом влево *

14. У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ВЗРОСЛЫМИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ТЕПЛОПРОДУКЦИЯ:

- 1) выше
- 2) ниже *
- 3) такая же
- 4) осуществляется за счет несократительного термогенеза *
- 5) осуществляется за счет сократительного термогенеза *

15. ПЕРИОД ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ

- 1) 4–6 лет у мальчиков и 6–7 лет у девочек *
- 2) 4–6 лет у мальчиков и 9–10 лет у девочек
- 3) 6–9 лет у мальчиков и 6–8 лет у девочек
- 4) 6–9 лет у мальчиков и 9–10 лет у девочек

16. ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ

- 1) 8–10 лет у мальчиков и 10–12 лет у девочек
- 2) 11–12 лет у мальчиков и 8–10 лет у девочек
- 3) 13–16 лет у мальчиков и 8–10 лет у девочек
- 4) 13–16 лет у мальчиков и 10–15 лет у девочек *

17. К ОСОБЕННОСТЯМ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) процессы оссификации завершены к рождению
- 2) происходит замена волокнистой структуры кости на пластинчатую *
- 3) происходит замена пластинчатой структуры кости на волокнистую
- 4) надкостница относительно тонкая
- 5) кости более податливы и склонны к деформациям *

18. АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ТИП ДЫХАНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ДОШКОЛЬНИКОВ

- 1) жесткое
- 2) везикулярное
- 3) пуэрильное *
- 4) усиленное бронхиальное

19. ОБИЛЬНОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ С (ВОЗРАСТ В МЕС)

- 1) 1 – 2
- 2) 3 - 4 *
- 3) 4 – 5
- 4) 6 – 7

20. ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 4-5 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 4-5 лет *
- 4) 6-8 лет

21. РАХИТ — ЭТО

- 1) группа заболеваний детского организма, связанных с недостаточным поступлением витамина А или нарушением процессов его метаболизма
- 2) группа заболеваний детского организма, связанных с недостаточным поступлением витамина С или нарушением процессов его метаболизма
- 3) группа заболеваний детского организма, связанных с недостаточным поступлением витамина Д или нарушением процессов его метаболизма *
- 4) группа заболеваний детского организма, связанных с недостаточным поступлением витамина Е или нарушением процессов его метаболизма

22. РАХИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 1 месяца
- 2) до года *
- 3) у детей младшего школьного возраста
- 4) у подростков

23. РАХИТ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

- 1) очень редко встречаемая патология
- 2) часто встречающаяся патология *
- 3) зависит от характера вскармливания *
- 4) зависит от наследственной предрасположенности

24. ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА Д ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) грудное молоко *
- 2) адаптированные молочные смеси *
- 3) антенатальные запасы *
- 4) собственный синтез *
- 5) овощные прикормы домашнего приготовления

25. ПРОВИТАМИН Д ПОСТУПАЕТ В ОРГАНИЗМ

- 1) с продуктами преимущественно животного происхождения *
- 2) с продуктами растительного происхождения
- 3) синтезируясь в коже под действием инфракрасного облучения
- 4) синтезируясь в коже под действием ультрафиолетового облучения *

26. ПРЕВРАЩЕНИЕ ПРОВИТАМИНА Д В АКТИВНУЮ ФОРМУ ПРОИСХОДИТ В

- 1) печени *
- 2) костном мозге
- 3) селезенке
- 4) почках *
- 5) легких

27. ФУНКЦИИ ВИТАМИНА Д В ОРГАНИЗМЕ

- 1) усиливает всасывание кальция в кишечнике *
- 2) усиливает реабсорбцию кальция в почках *
- 3) способствует отложению кальция в кости *
- 4) способствует выведению кальция из кости
- 5) уменьшает реабсорбцию кальция в почках

28. ФУНКЦИИ ВИТАМИНА Д В ОРГАНИЗМЕ

- 1.) усиливает всасывание фосфатов в кишечнике *
- 2) усиливает реабсорбцию фосфатов в почках *
- 3) способствует отложению фосфатов в кости *
- 4) способствует выведению фосфатов из кости
- 5) уменьшает реабсорбцию фосфатов в почках

29. ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА Д В ОРГАНИЗМЕ

- 1) снижается уровень кальция в кровотоке *
- 2) повышается уровень кальция в кровотоке
- 3) повышается отложение кальция в кости
- 4) повышается реабсорбция кальция в почках

30. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАХИТА

- 1) гипотония мышц *
- 2) гипертонус мышц
- 3) повышенная раздражительность, плаксивость *
- 4) деформация костей *
- 5) позднее прорезывание зубов *

31. ДЛЯ РАХИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) раннее прорезывание зубов
- 2) позднее прорезывание зубов *
- 3) прорезывание зубов в декретированные сроки
- 4) отсутствие прорезывания зубов

32. ЗУБЫ ПРИ РАХИТЕ

- 1) имеют дефекты эмали *
- 2) имеют аномалии положения *
- 3) имеют множественный кариес *
- 4) прорезываются в срок
- 5) растут быстрее, чем обычно

33. В ПЕРИОД РАЗГАРА РАХИТА

- 1) снижается уровень кальция в сыворотке крови *
- 2) повышается уровень кальция крови
- 3) повышается уровень фосфатов крови
- 4) снижается уровень щелочной фосфатазы

34. В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ РАХИТА

- 1) снижен уровень кальция в сыворотке крови *
- 2) повышен уровень кальция крови
- 3) нормален уровень кальция крови

35. ДЛЯ РАЗВИТИЯ СПАЗМОФИЛИИ НЕОБХОДИМО

- 1) снижение уровня кальция в сыворотке крови *
- 2) повышение уровня кальция в сыворотке крови
- 3) снижение уровня фосфатов в сыворотке крови
- 4) повышение уровня фосфатов в сыворотке крови *
- 5) развитие метаболического ацидоза
- 6) развитие метаболического алкалоза *

36. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ЗДОРОВЫМ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ
ВИТАМИН Д НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ

- 1) 200 МЕ
- 2) 400 МЕ *
- 3) 100 МЕ
- 4) 800 МЕ
- 5) 1000 МЕ

37. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА 1 СТЕПЕНИ ЗДОРОВЫМ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ
ВИТАМИН Д НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ

- 1) 200 МЕ
- 2) 400 МЕ
- 3) 100 МЕ
- 4) 800 МЕ
- 5) 1000 МЕ *

38. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА 3 СТЕПЕНИ ЗДОРОВЫМ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ
ВИТАМИН Д НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ

- 1) 200 МЕ
- 2) 400 МЕ
- 3) 800 МЕ
- 4) 1000 МЕ
- 5) 4000 МЕ *

39. ДЛЯ ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ РАХИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение уровня кальция в сыворотке крови
- 2) повышение уровня кальция крови
- 3) повышение уровня фосфатов крови
- 4) снижение уровня щелочной фосфатазы
- 5) стойкие остаточные деформации костей и зубов *

40. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ РАХИТА

- 1) достаточная солнечная инсоляция *
- 2) вскармливание грудным молоком или адаптированными молочными смесями *
- 3) профилактическое назначение витамина Д *
- 4) профилактический прием витамина Д беременной женщиной *
- 5) вегетарианское питание

41. ЕСЛИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИЕМА ГЕЙМЛИХА ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НЕ УДАЛЕНО, А ИВЛ-ЭКСПИРАТОРНЫМ МЕТОДОМ ОСУЩЕСТВИТЬ ИЗВЛЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНО, ТО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) интубацию трахеи *
- 2) прием Геймлиха продолжают до удаления инородного тела
- 3) трахеостомию
- 4) коникотомию

42. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ

- 1) лежа на спине
- 2) вполоборота
- 3) строго сидя *
- 4) полулежа

43. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ ОДНИМ РЕАНИМАТОЛОГОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ И КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

- 1) 1:15
- 2) 2:15 *
- 3) 3:15
- 4) 1:10

44. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ

- 1) отсутствие пульса на сонных артериях и остановка дыхания *
- 2) отсутствие сознания
- 3) акроцианоз
- 4) снижение систолического АД ниже 70 мм рт.ст.

45. ПРИ ЗАПРОКИДЫВАНИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА КЗАДИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) выпрямление дыхательных путей *
- 2) предотвращение западения языка
- 3) улучшение мозгового кровотока

46. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО

- 1) по пульсу на крупных артериях

- 2) по ЭКГ *
- 3) при аускультации
- 4) по изменению окраски кожных покровов
- 5) при пальпации верхушечного толчка

47. ОПРЕДЕЛИТЕ ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОЛНОЙ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- 1) циркуляторный коллапс с отсутствием пульса на периферических артериях
- 2) мерцание предсердий
- 3) желудочковая брадикардия
- 4) асистолия, фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия без пульса, электромеханическая диссоциация *
- 5) нарушение автоматизма синусового узла, полная атриовентрикулярная блокада

48. НАЗОВИТЕ, КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3-4
- 4) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков *

49. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО ХАРАКТЕРУ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) сознания
- 2) артериального давления, пульса на периферических артериях и диаметра зрачка
- 3) пульса на периферических артериях и кровоснабжения кожи и слизистых, диаметра зрачка *
- 4) пульса на сонной артерии, диаметра зрачка

50. ПРИЕМ ХЕЛЛИКА СЛУЖИТ ДЛЯ

- 1) рефлекторного воздействия на дыхательный центр
- 2) предупреждения регургитации *
- 3) обеспечения проходимости дыхательных путей
- 4) ликвидации обструкции инородным телом

51. РЕБЕНКУ С НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРОКСОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) плевральную пункцию *
- 2) ИВЛ
- 3) бронхоскопию
- 4) все ответы верны

52. ПРИ КОМАХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ

- 1) гипергликемии
- 2) гипогликемии *
- 3) гипокортицизма
- 4) гипотиреоидного состояния
- 5) недостатка тиамин

53. ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО В/В ВВЕДЕНИЕ

- 1) кристаллоидов (натрийсодержащих растворов) *

2) коллоидов

54. БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) адреналин *
- 2) атропин
- 3) гидрокортизон
- 4) хлористый кальций

55. ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛИВАНИЯ ДО ОСВОБОЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ

- 1) обкладывание ее льдом
- 2) транспортную иммобилизацию
- 3) трансфузионную терапию и микроструйное введение допамина
- 4) наложение жгута и введение наркотических анальгетиков и седуксена *
- 5) тугое бинтование конечности

56. АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хлорид кальция:
- 2) унитиол *
- 3) хлорид калия
- 4) фентанил

57. АДРЕНАЛИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ

- 1) сосудистом коллапсе
- 2) кардиогенном шоке *
- 3) декомпенсированной тампонаде сердца
- 4) анафилактическом шоке

58. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ РЕБЕНКА С АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ИЛИ БАРОТРАВМОЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

- 1) вертикально
- 2) в горизонтальном положении на спине *
- 3) на боку
- 4) сидя

59. УКАЖИТЕ, ЧТО ВЫСТУПАЕТ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ У ДЕТЕЙ ПРИ ИСТИННОМ УТОПЛЕНИИ В МОРСКОЙ ВОДЕ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) артериальная гипотензия *
- 2) анемия вследствие гемолиза
- 4) острая почечная недостаточность

60. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ

- 1) лежа на спине с приподнятым ножным концом
- 2) лежа на спине с приподнятым головным концом *
- 3) вполоборота
- 4) сидя
- 5) на животе

61. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ
ХАРАКТЕРНО ИЗМЕНЕНИЕ

- 1) времени кровотечения *
- 2) времени свертываемости
- 3) и того, и другого
- 4) ни того, ни другого

62. ПАТОГЕНЕЗ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ОБСУЛОВЛЕН

- 1) патологией сосудистой стенки
- 2) дефицитом плазменных факторов свертывания
- 3) нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза *

63. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) недостаточным образованием тромбоцитов
- 2) повышенным разрушением тромбоцитов *
- 3) перераспределением тромбоцитов

64. ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

- 1) Эффективны глюкокортикостероиды *
- 2) Спленэктомия не эффективна
- 3) Цитостатики не применяются
- 4) Применяется викасол

65. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) симметричность высыпаний
- 2) полиморфность высыпаний *
- 3) полихромность высыпаний *
- 4) несимметричность высыпаний *
- 5) наличие излюбленной локализации

66. ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ПРОВОДЯТ

- 1) переливанием тромбоконцентрата
- 2) переливанием недостающих факторов свертывания
- 3) дициноном *
- 4) преднизолоном *
- 5) препаратами а-интерферона *

67. УКАЖИТЕ ВСЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ
ПУРПУРЫ

- 1) экхимозы на слизистых и коже *
- 2) межмышечные и внутрисуставные гематомы
- 3) низкое число тромбоцитов в периферической крови *
- 4) снижение мегакариоцитов в костном мозге

68. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ СВЯ-
ЗАН С

- 1) тромбоцитопенией
- 2) дефицитом факторов свертывания

3) патологией сосудистой стенки *

69. ПЕРЕЛИВАНИЕ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НЕОБХОДИМО С ЦЕЛЬЮ

- 1) поставки антитромбина III *
- 2) поставки плазменных факторов свертывания
- 3) восполнения ОЦК (объема циркулирующей крови)

70. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПОВРЕЖДАЮЩИМИ СОСУДИСТУЮ СТЕНКУ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) вирусы
- 2) микротромбамы
- 3) бактериальные токсины
- 4) иммунные комплексы *

71. ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) Артерии крупного калибра
- 2) Артерии среднего калибра
- 3) Артерии мелкого калибра и капилляры *

72. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) анемия
- 2) тромбоцитопения
- 3) нейтрофильный лейкоцитоз *
- 4) ускорение СОЭ *
- 5) гипертромбоцитоз *

73. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

- 1) дицинон
- 2) преднизолон *
- 3) гепарин *
- 4) антиагреганты *
- 5) факторы свертывания крови

74. ПРИ ГЕМОФИЛИИ ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) удлиняется
- 2) не меняется *
- 3) укорачивается

75. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ГЕМОФИЛИИ

- 1) сцепленный с X-хромосомой *
- 2) аутосомно-доминантный
- 3) аутосомно-рецессивный

76. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ А СВЯЗАНЫ С ДЕФИЦИТОМ

- 1) VIII фактора *
- 2) IX фактора
- 3) XI фактора

77. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ В СВЯЗАНЫ С ДЕФИЦИТОМ:

- 1) VIII фактора
- 2) IX фактора *
- 3) XI фактора

78. ТЯЖЕСТЬ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

- 1) коррелирует со степенью дефицита факторов свертывания *
- 2) не коррелирует со степенью дефицита факторов свертывания

79. КАКОЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ

- 1) капиллярный
- 2) гематомный *
- 3) ангиоматозный
- 4) васкулитно-пурпурный

80. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОФИЛИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) заместительная терапия консервированной кровью
- 2) заместительная терапия нативной плазмой
- 3) заместительная терапия концентратами факторов свертывания *
- 4) все ответы верны

81. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВИРУСЫ СЕМЕЙСТВА HERPESVIRIDAE

- 1) верно *
- 2) неверно

82. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА В:

- 1) фекально-оральный
- 2) воздушно-капельный
- 3) парентеральный *

83. ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) миндалины
- 2) железистые органы *
- 3) лимфоузлы

84. АНТИБИОТИКИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) при появлении везикул на слизистых полости рта
- 2) при появлении гнойных осложнений *
- 3) при энцефалите
- 4) с целью профилактики осложнений

85. ДЛЯ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) экспираторная одышка
- 2) приступообразный кашель
- 3) длительный навязчивый кашель *

86. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нейтрофилёз+лимфопения
- 2) лимфопения+атипичные мононуклеары
- 3) атипичные мононуклеары+лимфоцитоз *
- 4) лимфоцитоз+эозинофилия

87. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический гепатит *
- 2) синдром Жильбера
- 3) поражение желчевыводящих путей
- 4) выздоровление
- 5) развитие злокачественной формы

88. СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ

- 1) папулёзная
- 2) пятнистая *
- 3) везикулёзная

89. СЕРОЗНЫЙ ЭНТЕРОВИРУСНЫЙ МЕНИНГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЦИТОЗОМ

- 1) смешанным
- 2) лимфоцитарным *
- 3) нейтрофильным

90. ДЛЯ ДИФТЕРИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ САМЫМ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ МИОКАРДИТ

- 1) верно
- 2) неверно *

91. СИМПТОМАМИ КРУПА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) грубый лающий кашель
- 2) осиплый голос
- 3) экспираторная одышка *
- 4) инспираторная одышка
- 5) шумное дыхание

92. СЫПЬ ПРИ КРАСНУХЕ

- 1) пятнистая, иногда папулёзная, розового цвета на неизменённом фоне кожи *
- 2) уртикарная, неправильной формы, иногда сливная
- 3) папулёзно-везикулёзная
- 4) геморрагическая

93. В КРОВИ ПРИ СПИДЕ КОЭФФИЦИЕНТ ОТНОШЕНИЯ Т-ХЕЛПЕРОВ/Т-СУПРЕССОРОВ

- 1) повышается
- 2) понижается *
- 3) остаётся неизменённым

94. ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (МЕНИНГОКОККЦЕМИИ) ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- 1) везикулёзная
- 2) геморрагическая петехиальная
- 3) геморрагическая звёздчатая *

95. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только человек (больной или бактерионоситель)
- 2) только домашние животные

3) человек и домашние животные *

96. АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) АКДС-вакциной
- 2) гамма-глобулином
- 3) анатоксином
- 4) живой вирусной вакциной *
- 5) инактивированной вирусной вакциной

97. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- 1) наличие в лёгких влажных хрипов
- 2) степень дыхательной недостаточности *
- 3) наличие систолического шума в сердце
- 4) шумное дыхание

98. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГКС ПРИ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический активный гепатит
- 2) вирусный гепатит, затяжное течение
- 3) вирусный гепатит с синдромом холестаза
- 4) хронический аутоиммунный гепатит *

99. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

- 1) жидкий, обильный, водянистый
- 2) скудный с большим количеством мутной слизи, прожилками крови *
- 3) жидкий, непереваренный, зловонный, со слизью и кровью

100. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) ригидности затылочных мышц
- 2) кератита
- 3) плёнчатого конъюнктивита *

Ключ к тестам

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	3	51.	1
2.	3	52.	2
3.	2	53.	1
4.	3	54.	1
5.	1,4,5	55.	4
6.	2,3,4,5	56.	2
7.	1,4	57.	2
8.	1,2,4,5	58.	2
9.	1,3,5	59.	1
10.	2,3	60.	2
11.	2,3,4	61.	1
12.	3	62.	3
13.	1,5	63.	2
14.	2,4,5	64.	1
15.	1	65.	2,3,4
16.	4	66.	3,4,5
17.	2,5	67.	1,3

18.	3	68.	3
19.	2	69.	1
20.	3	70.	4
21.	3	71.	3
22.	2	72.	3,4,5
23.	2,3	73.	2,3,4
24.	1,2,3,4	74.	2
25.	1,4	75.	1
26.	1,4	76.	1
27.	1,2,3	77.	2
28.	1,2,3	78.	1
29.	1	79.	2
30.	1,3,4,5	80.	3
31.	2	81.	1
32.	1,2,3	82.	3
33.	1	83.	2
34.	1	84.	2
35.	1,4,6	85.	3
36.	2	86.	3
37.	5	87.	1
38.	5	88.	2
39.	5	89.	2
40.	1,2,3,4	90.	2
41.	1	91.	3
42.	3	92.	1
43.	2	93.	2
44.	1	94.	3
45.	1	95.	3
46.	2	96.	4
47.	4	97.	2
48.	4	98.	4
49.	3	99.	2
50.	2	100.	3

Ситуационные задачи для студентов третьего курса стоматологического факультета по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»

Ситуационная задача №1

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	Ребенку 6 месяцев. Масса тела при рождении 3500 г. Естественное вскармливание.
1.	Провести расчет питания и написать диету ребенку.

Ситуационная задача №2

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	Ребенку 7,5 месяцев. Масса тела при рождении 5000 г. Искусственное вскармливание.
1.	Провести расчет питания и написать диету ребенку.

Ситуационная задача №3

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа до 38,7°C. После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась. Ребенок от I нормально протекающей беременности, срочных родов. Период новорожденности привит по возрасту, детский сад посещал с 3-х лет, болел нечасто, из детских инфекций перенес эпидемический паротит.</p> <p>При осмотре на дому-2-ой день болезни: ребенок правильного телосложения, удовлетворительные, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложения в глотке, выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторно жесткое дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания хрипы ослабевают. Частота дыхания 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тон сердца ритмичные, сокращений 96 уд. в 1 мин.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание в норме. Менингеальных симптомов нет.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр – $4,8 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,4 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 46%, л - 48%, э/я - 2%.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты – 0.</p>
1.	Клинический диагноз?
2.	Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование?
3.	Назначьте лечение.
4.	Помогут ли вам сведения о заболеваемости детей в классе?
5.	Проведите дифференциальный диагноз.
6.	Разработайте план противоэпидемических мероприятий.
7.	Каковы меры профилактики данного заболевания?
8.	Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания.
9.	Есть ли у данного ребенка клинические данные за бронхообструктивный синдром?
10.	Показано ли физиотерапевтическое лечение этому ребенку? Если да, то какое?

Ситуационная задача №4

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Ребенок 4-х лет три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять. Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г, длина 51см. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300г.</p> <p>Период новорожденности протекал без особенностей, переведен на искусственное вскармливание в три месяца. Психомоторное развитие - по возрасту.</p> <p>С 3,5 месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем профилактические прививки проводились по индивидуальному графику. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени стал часто болеть ОРВИ, которые каждый раз сопровождались длительным кашлем. Консультирован отоларингологом, диагностированы аденоидные вегетации 2-й степени.</p> <p>У матери ребенка пищевая и лекарственная аллергия, отец здоров, курит. Настоящее заболевание началось с повышения температуры, головной боли, слизистого отделяемого из носа и сухого кашля. Кашель усиливался утром, иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Получал отхаркивающие микстуры без положительной динамики.</p> <p>При осмотре участковым врачом состояние ребенка средней тяжести, бледный,</p>
--	---

	<p>слезотечение, ринорея. Кашель навязчивый, преимущественно сухой, с незначительным влажным компонентом. Температура тела 37,4°. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание проводится везде, выдох удлинен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Частота дыхания 28 в 1 мин. Граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, чистые, шума нет, ЧСС 110 уд.в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см.</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр – $5,1 \times 10^{12}$/л, Лейк – $4,9 \times 10^9$/л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 38%, э – 3%, м – 9%, СОЭ – 9мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - нет.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких за счет переbronхиальных изменений, легочная ткань вздута, ребра расположены горизонтально, с широкими промежутками.</p>
1.	Клинический диагноз на момент осмотра?
2.	Что способствовало развитию данного процесса у ребенка?
3.	Какие анамнестические данные помогли вам поставить диагноз?
4.	Проведите дифференциальный диагноз.
5.	В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
6.	Какие диагностические мероприятия следует провести?
7.	Назначьте лечение.
8.	Какими видами спорта следует заниматься ребенку?
9.	Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача №5

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
	<p>Мальчик 2 лет, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°C, появились вялость, отказ от еды, беспокойный сон, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.</p> <p>При осмотре дома отмечались бледность, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа, одышка до 50 дых. в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно: над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же выслушивались мелкопузырчатые хрипы и крепитация на высоте вдоха. Над остальными участками легких выслушивалось жесткое дыхание. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. Ребенок госпитализирован.</p> <p>Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма 31–47%), Нб – 122 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$/л, Ц.п. – 0,8, Лейк — $10,8 \times 10^9$/л, п/я – 4%, с/я – 52%, э – 1%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 17 мм/час</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры – нет, слизь – немного</p>

	<p>Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочеви́на – 5,1 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (норма – до 40), СРБ – +++</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 68 мм рт.ст. (норма 80 – 100), рСО₂ – 65мм рт. ст. (норма 36-40), рН – 7,31, ВЕ = -2,3 ммоль/л (норма = ±2,3), АВ – 17 ммоль/л (норма 16-23), ВВ – 39 ммоль/л (норма 37-47), SB – 19 ммоль/л (норма 17-23).</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.</p>
1.	Сформулируйте предварительный диагноз.
2.	Какие исследования необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
3.	Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4.	Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5.	Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
6.	Каким специалистам необходимо показать данного ребенка?
7.	Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
8.	Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
9.	В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
10.	Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?

Ситуационная задача №6

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ</p> <p>ВПРОСЫ</p>
	<p>Ребенок 3,5 месяцев. Родился от II беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, роды преждевременные на 35-36 нед гестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. До 1 месяца грудное вскармливание, затем переведен на вскармливание адаптированными молочными смесями. За первый месяц прибавка в массе составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. С 1,5 месяцев отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивалось как признаки перинатального поражения ЦНС. В возрасте 1 месяца был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина Д, но препарат ребенку не давали. В 3 месяца перенес ОРВИ, катаральный отит, лечился амбулаторно.</p> <p>При диспансерном осмотре в 3,5 месяца масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5х3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации костей черепа отмечается болезненность и размягчение участков в области затылочной кости (краниотабес). Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, снижение тургора тканей, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул со склонностью к запорам.</p>

	<p>Общий анализ крови: Hb – 108 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$/л, Лейк – $8,2 \times 10^9$/л, п/я – 2%, с/я – 28%, эоз – 2%, лимф – 60%, мон – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: белок отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли – ураты в небольшом количестве.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, кальций иониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600).</p> <p>КОС крови: pH = 7,35; BE = -7 ммоль/л.</p>
1.	Какой диагноз можно поставить?
2.	Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.
3.	Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной, нервной системы?
4.	Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
5.	Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу ребенка.
6.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7.	Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания?
8.	Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?
9.	Какое лечение следует назначить ребенку?
10.	Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
11.	Является ли заболевание ребенка противопоказанием для проведения плановых прививок?
12.	Имелась ли при рождении ребенка гипотрофия? Оцените динамику массы тела в дальнейшем.
13.	Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию ребенка.

Ситуационная задача №7

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
	<p>Ребенок 7 месяцев доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу в связи с остро развившимся приступом судорог.</p> <p>Из анамнеза: ребенок родился в августе от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины, роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. С 2-х месяцев находится на нерациональном искусственном вскармливании, получал преимущественно кисломолочные смеси, с 4 месяцев – кефир. В настоящее время получает кефир по 200,0 мл 2 раза/сут, молочную кашу по 200,0 мл 2 раза/сут, овощное пюре 200,0 г 1 раз/сут. Ребенок избыточно прибавлял в массе, в настоящее время весит 9,5 кг. В 4 месяца диагностирован рахит, получал лечение витамином Д в течение 3 недель. В последние недели мама стала чаще гулять с ребенком в солнечную погоду.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести, температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$, насморк, редкий влажный кашель, активно сопротивляется осмотру, кричит. Внезапно на высоте крика наступила остановка дыхания, потеря сознания, цианоз кожных покровов, возникли вначале тонические, затем клонико-тонические судороги. После купирования приступа судорог температура тела нормальная, менингеальных симптомов нет. У ребенка отмечается уплощение затылка, выражены лобные и теменные бугры, большой родничок $3,5 \times 3,5$ см. Выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «реберные четки», зубы отсутствуют.</p>

	<p>Отмечаются преходящий карпо-педальный спазм, положительный симптом Хвостека. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание, ЧД=32/мин. Тоны сердца звучные, ЧСС=140 уд/мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Стул нормальный. Ребенок мало эмоционален, не сидит, переворачивается редко, отмечается повышенная возбудимость.</p> <p>Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$/л, Лейк – $10,4 \times 10^9$/л, п/я – 4%, с/я – 23%, эоз – 3%, лимф – 60%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет сол-желтый, отн. плотн. – 1015, лейкоц – 2-3 в п/зр, эр – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, альбумины – 30 г/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,75 ммоль/л, фосфор – 1,8 ммоль/л, щелочная фосфатаза 980 ЕД/л (N до 600), глюкоза – 3,5 ммоль/л.</p>
1.	Какой предварительный диагноз можно поставить?
2.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3.	Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу.
4.	Чем объясняются изменения со стороны костно-мышечной и нервной системы?
5.	Найдите патологические отклонения в биохимическом анализе крови. Как их можно объяснить?
6.	Укажите причину судорог. Является ли это состояние жизнеугрожающим?
7.	Какие варианты заболевания Вам известны?
8.	Какие условия могут способствовать нарушению фосфорно-кальциевого обмена у грудных детей?
9.	Роль паращитовидных желез в регуляции фосфорно-кальциевого обмена.
10.	Какую неотложную помощь следует оказать ребенку?
11.	Какую терапию следует назначить после купирования приступа судорог?
12.	Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
13.	Отмечается ли у ребенка избыток массы? Требуется ли коррекция рациона питания?
14.	Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению в амбулаторных условиях.

Ситуационная задача №8

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик, 10 лет, в течение последнего года боли в эпигастрии, появляющиеся утром до завтрака, через 1-2 часа после еды, ночные, а также иногда сразу после еды. Боли купируются приёмом пищи, маалоксом, но-шпой. Диспепсические жалобы: на отрыжку после еды, тошноту, урчание в животе при голоде. Настоящее обострение в течение недели после стрессового фактора в школе.</p> <p>Семейный анамнез: у матери ребёнка хронический гастрит, у дедушки по линии отца язвенная болезнь 12-перстной кишки, дедушка по линии матери умер от рака желудка.</p> <p>При осмотре: рост 150 см, масса 35 кг, кожные покровы бледно-розовые, чистые. Сердце – тоны ясные, звучные, акцент II тона на лёгочной артерии, ЧСС – 72 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, симптом Менделя положительный в эпигастрии, болезненность при пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области, печень у края рёберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется.</p>

	<p>Анализ крови клинический: Нв 130 г/л, эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,89, лейкоц. – $5,6 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 56 %, эоз. 2%, лимфоциты 33%, моноциты 6%, СОЭ 7 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: Цвет светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1019, рН 5,0, белок нет, сахар нет, Лейк. 1-2-3 в п/зр, эпителий плоский – 2-3 в п/зр, Слизь – небольшое количество.</p> <p>Биохимический анализ крови: Общий белок 67 г/л, Билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, ЩФ 300 ед (норма до 600 ед), АлАт 21 ед/л, АсАт - 24 ед/л, амилаза 100 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5).</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В желудке умеренное количество мутной слизи, в теле и антральном отделе множественные разнокалиберные выбухания, очаговая гиперемия. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3х0,6 см. По задней стенке на том же уровне – щелевидная язва с ровными краями и глубоким дном с наложениями детрита, размером 0,4х0,6 см на задней стенке. Взята биопсия слизистой антрального отдела.</p> <p>Результаты биопсии: Выявлена 2 степень обсеменённости слизистой оболочки антрального отдела <i>Helicobacter pylori</i>.</p> <p>Быстрый уреазный тест: положительный (2 мин).</p>
1.	Клинический диагноз и его обоснование.
2.	Перечислите необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3.	Оцените результаты проведённых исследований.
4.	Перечислите основные звенья этиопатогенеза заболевания.
5.	Назначьте больному диету, какие её основные принципы.
6.	Современные принципы лечения данного заболевания.
7.	Принципы катamnестического наблюдения.

Ситуационная задача №9

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка, 8 лет. В течение 2-х лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в правом подреберье через 30-45 минут после еды, особенно при приеме жирной, обильной пищи, при физической нагрузке, сопровождающиеся диспептическими явлениями: тошнота, отрыжка, горечь во рту. Девочка эмоционально лабильна, плаксива. На первом году жизни наблюдалась по поводу синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдрома мышечного гипертонуса. Семейный анамнез: у матери – холецистит, отец – здоров. Бабушка по материнской линии – ЖКБ (оперирована).</p> <p>При осмотре: Рост – 132 см, масса – 26 кг. Кожные покровы бледно-розовые, склеры белые. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные, звучные, ЧСС – 92 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень + 0,5-1см из-под края реберной дуги. Положительные пузырьные симптомы: Кера, Мерфи, Ортнера. Селезёнка не пальпируется.</p> <p>Анализ крови клинический: Нв – 128 г/л, эр – $4,4 \times 10^{12}$/л, ЦП – 0,87, лейкоц. – $7,6 \times 10^9$/л, п/я – 3%, с/я – 49%, эоз. – 3%, лимф. – 40%, мон. – 5%, СОЭ – 8 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1017, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий</p>
--	---

	<p>плоский – немного, лейкоц. – 3-4 в п/зрения, соли – оксалаты немного.</p> <p>Биохимический анализ крови: Общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 9%, β – 12%, γ – 15%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АЛАТ – 20 ед/л, АсАТ – 25 ед/л, ЩФ – 650 ед/л (норма – до 600), амилаза – 80 ед/л (норма – до 120), γ – ГТП – 18 ед, тимоловая проба – 4 ед.</p> <p>УЗИ брюшной полости: Увеличение правой доли печени, уплотнение внутрипечёночных желчных протоков. Желчный пузырь – 60x30 мм, перегиб в области дна. Через час после завтрака желчный пузырь сократился до размеров 25x15 мм (на 80%). Толщина стенок желчного пузыря – 1,5 мм. Поджелудочная железа – 19/10/13, средней эхогенности.</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия: Органической патологии не выявлено.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Проведите анализ анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования.
3.	Укажите алгоритм дифференциальной диагностики.
4.	Укажите маркёры холестаза.
5.	Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
6.	Играет ли роль в функционировании желчного пузыря наличие перегиба в области дна.
7.	Назовите дополнительные методы обследования.
8.	Назначьте диету.
9.	Обоснуйте лекарственную терапию.
10.	Нуждается ли ребёнок в консультации невролога.

Ситуационная задача №10

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
	<p>У мальчика Е., 3 лет, после употребления вареной рыбы появились зуд и отек в области губ, жжение языка, уртикарная сыпь на лице, боли в животе, учащенный разжиженный стул.</p> <p>Анамнез болезни: в возрасте 5,5 месяцев после перехода на искусственное вскармливание (молочная смесь «Малютка») у ребенка впервые появились изменения на коже в виде яркой гиперемии щек и ягодиц, которые купировались через несколько дней на фоне замены молочной смеси на гипоаллергенную («Фрисосой») и антигистаминных препаратов. На втором году жизни подобные кожные изменения стали появляться после употребления цельного коровьего молока, апельсинов, клубники, шоколада, но почти полностью исчезали при соблюдении гипоаллергенной диеты. К концу третьего года изменения на коже стали более распространенными, а в области запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок появились стойкие участки гиперемии и лихенизации. Мать ребенка страдает контактной экземой.</p> <p>При осмотре: мальчик повышенного питания, беспокоен, плачет, постоянно чешет лицо и кусает губы. На лице крупная уртикарная сыпь, многочисленные эскориации. На коже запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок определяются участки гиперемии с мокнутием и корками. Губы и язык отечны и гиперемированы, видны следы от укусов зубов, слизистая оболочка полости рта чистая, отечная, ярко гиперемирована. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.</p> <p>Общий анализ крови: Нв – 112 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $7,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с –</p>

	<p>34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.</p> <p>Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (N=1:30), к белку коровьего молока 1:920 (N=1:80).</p> <p>Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N – до 100 Ед/л).</p> <p>Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++), к М-белку рыб, средняя (+++) – к β-лактальбумину и овальбумину.</p> <p>Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.</p>
1.	Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2.	Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3.	Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
4.	Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
5.	Назначьте лечение.
6.	Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
7.	Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
8.	Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
9.	Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии псевдоаллергических реакций?
10.	Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?
11.	Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
12.	Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?

Ситуационная задача №11

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>К мальчику 3 лет вызвана бригада «Скорой помощи». 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней двусторонней пневмонией. Участковый врач был накануне и назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады «Скорой помощи». В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи. На момент осмотра: ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей + уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно + звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 ударов в мин. АД + 60/20 мм рт.ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
3.	Каковы дальнейшая тактика и условия транспортировки ребенка?

4.	Какие типы гиперчувствительности организма Вы знаете? Приведите примеры.
5.	Ведущий патологический синдром, определяющий особенности данного случая.
6.	Определите клинический вариант течения данного вида острой анафилаксии.
7.	Какие виды трансфузионных растворов не рекомендуется применять в данном случае?
8.	Как Вы будете дозировать скорость введения противошоковых растворов в данном случае? Сколько капель в 1,0 мл?
9.	Какие мероприятия необходимо провести до прибытия врача?
10.	Какие возможны пути поступления аллергена в организм?
11.	Что такое идиосинкразия?
12.	Какие рекомендации следует дать родителям ребенка?

Ситуационная задача №12

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Мальчик 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.</p> <p>Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсокозом 1 половины, срочных неосложненных родов. Родился с массой 3200, длиной 52 см. Раннее развитие без особенностей; до года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами.</p> <p>Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами направлен на госпитализацию.</p> <p>При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58/ в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно-коричневого цвета, мутная.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты-измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –4-6 в поле зрения.</p> <p>Посев мочи – результат отрицательный.</p> <p>Клинический анализ крови: Нб 105 г/л; лейкоц. $9,2 \times 10^9$ п/я 7% с/я 71% эоз. 1% лимф. 18% мон 3% тромб. 530×10^9, СОЭ 25 мм/час</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевины 15 моль/л, креатинин 140 мкмоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О 1:1000, СРБ 0,012 (норма 0,0001), калий 6,1 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин</p> <p>УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.</p>
1.	Сформулируйте развернутый диагноз.
2.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3.	Этиология данного заболевания?

4.	Как Вы оцениваете функцию почек у больного?
5.	Ваша тактика лечения?
6.	Какая диета необходима больному?
7.	Каков генез отеков у больного?
8.	Каков генез артериальной гипертонии?
9.	Какие осложнения возможны при данном заболевании?
10.	Показано ли больному назначение глюкокортикоидов?
11.	Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача №13

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.</p> <p>Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4 месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветрянную оспу, Часто болел ОРВИ.</p> <p>Семейный анамнез: у матери – дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.</p> <p>Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.</p> <p>При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД=95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв-160 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}/л$, тромб. – $416,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$; п/я – 3%, с/я – 36%, эоз. – 7%, лимф. – 52%, мон. – 2, СОЭ – 37 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – сол-ж., относительная плотность-1,028, реакция – нейтр., белок – 6,0 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии – мало.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л, альбумины – 19 г/л, серомукоид – 0,44, СРБ ++, холестерин – 13 ммоль/л, общие липиды – 13,2г/л (норма – 1,7-4,5), калий – 3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.</p> <p>Коагулограмма: фибриноген – 4,5 г/л, протромбин – 130%.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок-2,5 г/сут (норма – до 0,2 г/сут), оксалаты-28 мг/сут (норма – до 17).</p> <p>УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Каков генез отечного синдрома при данном заболевании?
3.	С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?
4.	Дайте обоснование диагноза.

5.	Составьте план обследования.
6.	Оцените функциональное состояние почек.
7.	Проведите дифференциальный диагноз.
8.	Составьте план лечения.
9.	Какой диеты необходимо придерживаться при данном заболевании?
10.	Какие Вы знаете осложнения глюкокортикоидной терапии?

Ситуационная задача №14

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка 3., 1 года, поступила в клинику по направлению участкового педиатра с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза».</p> <p>Анамнез: ребенок от I нормально протекавшей беременности и родов. При рождении масса тела 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание смесью «Агуша». С 4 до 11 месяцев девочка находилась у бабушки в деревне, где вскармливалась кашами на козьем молоке, собственными овощами, ягодами и соками, мясо не ела («отказывалась», со слов бабушки). В деревне врачами не наблюдалась, профилактические прививки не проводились. В последнее время стала вялой и капризной, снизился аппетит, периодически ела землю. Бабушка вызвала мать, которая увезла ребенка в Москву для обследования. При обследовании было обнаружено снижение уровня Hb (72 г/л) и цветового показателя (0,58). Мать госпитализировала ребенка через 2 недели после рекомендации педиатра.</p> <p>При поступлении: состояние девочки тяжелое, вялая, раздражительная. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожи и видимых слизистых, в естественных складках кожа с желтоватым оттенком. Склеры светлые. В углах рта «заеды». Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка у края подреберья. Моча и стул обычной окраски. Психомоторное развитие соответствует возрасту 9-10 мес.</p> <p>Общий анализ крови: Hb – 54 г/л, Эр – $2,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,53; ретикулоциты – 1,1%, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 20%, лимф – 64%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 11 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, билирубин общий – 22,5 мкмоль/л, ферритин – 4,7 мкг/л (N=60-200), железо – 3,1 мкмоль/л (N=10,4-21,5), общая железосвязывающая способность – 103,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).</p> <p>Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,010, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зр., Эр – нет, слизь – немного.</p> <p>Анализ кала на скрытую кровь: отр. (тремякратно).</p>
1.	Сформулируйте диагноз.
2.	Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3.	Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4.	Перечислите причины, которые способствовали развитию заболевания у данного ребенка.
5.	Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?

6.	Каковы механизмы развития систолического шума?
7.	С чем связана задержка психомоторного развития ребенка?
8.	Назначьте лечение.
9.	Нуждается ли данный ребенок в переливании крови или ее компонентов?
10.	Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
11.	В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

Ситуационная задача №15

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Настя И., 1 года 4 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).</p> <p>Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Агуша»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). В возрасте 1 года девочку отправили за город, где она получала каши на коровьем молоке, творог, фрукты, овощи, от мяса отказывалась. За 3 месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. После возвращения в Москву в анализе крови выявлено снижение уровня Hb (81 г/л), ускорение СОЭ (15 мм/ч).</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под реберного края. Селезенка у реберного края. Моча и стул обычной окраски. Говорит отдельные слова.</p> <p>Общий анализ крови: Hb – 81 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}$/л, ЦП – 0,68; ретикулоциты – 1,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9$/л, п/я – 2%, с/я – 20%, лимф – 64%, эоз – 4%, мон – 8, СОЭ – 15 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.</p> <p>Биохимический анализ крови: белок – 68 г/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, ферритин – 7,5 мкг/л (N=60–200), железо – 5,3 мкмоль/л (N=10,4–21,5), общая железосвязывающая способность – 98,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).</p> <p>Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зрения, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.</p> <p>Анализ кала на скрытую кровь: отр. (тремякратно).</p>
1.	Сформулируйте диагноз.
2.	Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3.	Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4.	Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
5.	Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?

6.	Каковы механизмы развития систолического шума?
7.	Существует ли взаимосвязь у ребенка между основным заболеванием и приверженностью к частым респираторным вирусным инфекциям?
8.	Назначьте лечение.
9.	Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
10.	Какова продолжительность терапии основного заболевания?
11.	В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

Ситуационная задача №16

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка М., 5 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение, кровоподтеки разной величины и давности на лице, туловище и конечностях.</p> <p>Из анамнеза болезни известно, что за две недели до начала этого заболевания перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой. Кровоизлияния на коже от мелкоочечных до экхимозов появились в последние 3 дня, количество геморрагий увеличивается. В день поступления - длительное кровотечение из носа. Врач, осмотревший ребенка в приемном отделении, поставил диагноз геморрагического васкулита.</p> <p>При поступлении состояние девочки тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Одышки нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 105 в 1 мин. АД 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.</p> <p>Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, цв. п. – 0,86, тромбоциты $8,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $9,2 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 43%, эоз – 4%, лимфоциты – 44%, моноциты – 6%, СОЭ – 7мм/час. Время кровотечения по Дьюку 7 мин, время свертывания по Сухареву - начало 2 мин, конец – 4 мин.</p> <p>Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 60%, эозинофилы 5%, лимфоциты 10%, красный росток – 24%, мегакариоциты – 0,4% (1 на 250) – молодые формы со слабой отшнуровкой тромбоцитов.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1015, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – 2-4 в п/зр, лейкоциты – 1-4 в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.</p>
1.	Согласны ли Вы с диагнозом врача? Сформулируйте Ваш диагноз.
2.	Приведите классификацию данного заболевания.
3.	Какие симптомы и результаты лабораторного исследования являются важными для диагностики?
4.	Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
5.	Назовите тип кровоточивости у пациента.
6.	Назначьте лечение.
7.	Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при этом

	заболевании?
8.	Назовите индукторы агрегации тромбоцитов для оценки их функциональных свойств.
9.	Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

Ситуационная задача №17

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик С., 9 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.</p> <p>Из анамнеза известно, что дядя и дед ребенка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.</p> <p>На первом году жизни у ребенка появлялись кровоподтеки с уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы уздечки нижней губы. После года были повторные носовые кровотечения без видимой травмы. В возрасте 5 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.</p> <p>При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нем ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.</p> <p>Общий анализ крови: Нв – 93 г/л, Эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц.П. 0,77, ретикулоциты 2,5 %, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в п/зр, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – неизмененные единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.</p>
1.	Ваш предполагаемый диагноз?
2.	Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3.	Какая фаза гемостаза страдает при этом заболевании?
4.	Назначьте лечение этому больному.
5.	Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?
6.	Укажите тип кровоточивости у больного.
7.	На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?
8.	Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?
9.	Какие методы обследования показаны этому больному? Предполагаемые изменения.

Ситуационная задача №18

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
--	---

	<p>Ребенок первых суток жизни находится в роддоме.</p> <p>Из анамнеза: девочка родилась от женщины 25 лет, от II беременности (I беременность – срочные роды, ребенок 5 лет, здоров), протекавшей с токсикозом в I триместре, 3-дневным эпизодом мелкоточечной сыпи и слабости на 10 неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в детском саду в этот период), с гестозом и угрозой прерывания беременности во II – III триместрах.</p> <p>В консультацию обратилась на 28 неделе беременности, от госпитализации отказалась.</p> <p>Роды на 34 неделе гестации, самопроизвольные, в заднем виде затылочного предлежания. I период – 8 часов, II период – 20 мин, безводный промежуток 7 часов, околоплодные воды зеленые.</p> <p>Масса при рождении 2000 г, длина 43 см, окружность головы 28 см, груди – 30 см. Оценка по шкале Апгар: на 1' – 4 бала, на 5' -7 баллов.</p> <p>При осмотре: ребенок с множественными стигмами дизэмбриогенеза, состояние тяжелое, поза полуфлексии, мышечный тонус снижен, рефлекс новорожденного быстро истощаются. Отчетливая микрофтальмия, глаза закрыты. Кожные покровы бледные с элементами петехиальной сыпи на лице, акроцианозом. Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 52 в 1'. Границы сердца перкуторно: справа - на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается грубый систоло-диастолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина-Эрба, ЧСС 156 в 1'. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1см. Стул мекониальный. Мочейспускание – не нарушено.</p> <p>Общий анализ крови: Hb-150 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9, Тромб. – $100,0 \times 10^9/л$, Лейк – $8,0 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 32%, м – 12%, СОЭ – 4 мм/час.</p>
1.	Какие патологические синдромы у данного ребенка являются основными для предварительного диагноза?
2.	Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для верификации диагноза у данного ребенка?
3.	В каких дополнительных инструментальных исследованиях нуждается ребенок для уточнения диагноза?
4.	Назовите основной путь передачи инфекции при данном заболевании.
5.	Какие клинические симптомы подтверждают инфицирование плода в I триместре беременности при данном заболевании?
6.	Какой прогноз исхода беременности для плода при данном заболевании?
7.	Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмоскопии при данном заболевании?
8.	Какие изменения могут быть выявлены на УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены при данном заболевании?
9.	Какие изменения могут быть выявлены при нейросонографическом исследовании при данном заболевании?
10.	Какие изменения могут быть выявлены при ЭХО КГ при данном заболевании?
11.	Какие основные принципы лечения данного заболевания?
12.	Определите группу здоровья и план профилактических прививок после выписки данного ребенка.

Ситуационная задача №19

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	Мальчик 2-х лет заболел остро с повышением температуры до 38,5°. появился кашель, насморк, конъюнктивит. На 4-й день болезни появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице. В последующие дни сыпь распространилась на туловище и конечности. Температура оставалась повышенной 6 дней. На 8-й день болезни снова повысилась до 38°, появилось затрудненное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, лающий кашель и осиплость голоса.
1.	Поставьте клинический диагноз.
2.	На основании каких симптомов вы поставили диагноз?
3.	Какие обследования следует назначить?
4.	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5.	Где будите лечить больного и почему?
6.	Назначьте лечение.

Вопросы промежуточной аттестации (зачета) для студентов третьего курса стоматологического факультета по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»

1. Периоды детства. Роль возрастного фактора в развитии заболеваний у детей.
2. Нервно-психическое развитие детей I полугодия жизни.
3. Нервно-психическое развитие детей с 5 до 12 месяцев.
4. Закономерности физического развития детей.
5. Физическое развитие детей 1 года жизни.
6. Становление иммунитета у детей. Закаливание детей раннего возраста.
7. Значение генетических и наследственных факторов в патологии детства.
8. Особенности возрастной патологии.
9. АФО желудочно-кишечного тракта. Особенности пищеварения у детей 1 года жизни.
10. АФО кожи и ее придатков.
11. АФО сердечно-сосудистой системы.
12. АФО нервной системы.
13. АФО дыхательной системы.
14. АФО органов кроветворения и крови.
15. Грудное молоко и принципы лактогенеза.
16. Преимущества грудного вскармливания для ребенка и матери.
17. Принципы и организация успешного грудного вскармливания.
18. Режим и питание беременной и кормящей женщины.
19. Профилактика и коррекция гипогалактии и лактационных кризов.
20. Продолжительность грудного вскармливания.
21. Современные принципы искусственного вскармливания.
22. Преимущества адаптированных продуктов перед неадаптированными.
23. Классификация адаптированных молочных смесей.
24. Питание ребенка первого года жизни на грудном и искусственном вскармливании: принципы и сроки введения прикормов и пищевых добавок.
25. Особенности питания детей в зависимости от сопутствующей патологии (при анемии, рахите, атопическом дерматите и др.)

26. Отдаленные последствия нерационального вскармливания детей первого года жизни.
27. Анатомо-физиологические особенности верхних дыхательных путей.
28. Анатомо-физиологические особенности нижних дыхательных путей.
29. Острые респираторные заболевания.
30. Клинические и рентгенологические признаки острой пневмонии.
31. Клинические и рентгенологические признаки бронхита.
32. Клиника стенозирующего ларинготрахеита.
33. Неотложная терапия обструктивного синдрома.
34. Неотложная терапия крупа.
35. Пневмонии. Классификация, этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, диагностика, лечение.
36. Принципы лечения внебольничных пневмоний.
37. Определение понятия рахита и его этиология.
38. Современный взгляд на проблему. Роль витамина Д.
39. Классификация рахита.
40. Клинические проявления.
41. Критерии диагностики рахита.
42. Принципы лечения и профилактики рахита.
43. Определение понятия гипервитаминоза Д.
44. Критерии диагностики и принципы лечения гипервитаминоза Д.
45. Определение понятия спазмофилии.
46. Критерии диагностики и принципы лечения спазмофилии.
47. Определение понятий «хронический гастродуоденит», «язвенная болезнь», «холепатии», «дисфункциональные нарушения билиарного тракта».
48. Классификация хронических гастродуоденитов.
49. Факторы агрессии и защиты, имеющие значение при развитии язвенной болезни и гастродуоденитов.
50. Роль H. Pylori в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, пути заражения.
51. Критерии диагностики хронических гастродуоденитов.
52. Принципы лечения хронических гастродуоденитов с повышенной и пониженной кислотообразующей функцией желудка.
53. Стадии язвенной болезни, их продолжительность и основные клинические проявления.
54. Принципы лечения язвенной болезни, современные схемы антихеликобактерной терапии у детей.
55. Причины развития дисфункциональных нарушений билиарного тракта, современная классификация функциональных нарушений ЖВС.
56. Критерии диагностики дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди.
57. Принципы лечения дисфункций желчного пузыря и сфинктера Одди.
58. Принципы диспансеризации детей с различными заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта.
59. Характерные изменения слизистых оболочек при заболеваниях органов пищеварения у детей.
60. Гипертермический синдром, определение, причины развития, неотложная помощь.
61. Фебрильные судороги, определение, причины и механизмы развития, неотложная помощь.
62. Судорожный синдром, определение, причины развития, неотложная помощь.
63. Судорожный синдром, определение, классификация судорог.
64. Эпилептический статус, определение, причины развития, неотложная помощь.

65. Острые аллергические реакции, анафилактический шок, определение, причины развития, неотложная помощь.
66. Острая сосудистая недостаточность: обморок, коллапс -определение, причины развития, неотложная помощь.
67. Структура заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей.
68. Определение понятий гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, дисметаболическая нефропатия, пиелонефрит, инфекция мочевыводящих путей.
69. Классификация гломерулонефритов.
70. Острый постстрептококковый гломерулонефрит: этиология, патогенез, клиническая симптоматика, план обследования больного, данные лабораторно-инструментального обследования, принципы лечения и профилактики.
71. Нефротический синдром: этиология, патогенез, клиническая симптоматика, план обследования больного, данные лабораторно-инструментального обследования, принципы лечения и профилактики.
72. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, клиническая симптоматика, принципы лечения.
73. Пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиническая симптоматика, план обследования больного, данные лабораторно-инструментального обследования, принципы лечения и профилактики.
74. Цистит: этиология, патогенез, клиническая симптоматика, план обследования больного, данные лабораторно-инструментального обследования, принципы лечения и профилактики.
75. Дисметаболическая нефропатия: этиология, патогенез, клиническая симптоматика, план обследования больного, данные лабораторно-инструментального обследования, принципы лечения и профилактики.
76. Хроническая почечная недостаточность: этиология, патогенез, клиническая симптоматика, принципы лечения.
77. Определение понятия «анемия», классификация анемий.
78. Этиологические факторы развития анемий.
79. Кругооборот железа в организме.
80. Общий анализ крови, интерпретация результатов у детей различных возрастов.
81. Оценка обмена железа по результатам биохимического анализа крови.
82. Критерии клинико-лабораторной диагностики дефицитных анемий.
83. Принципы лечения анемий.
84. Критерии оценки лечения анемий.
85. Принципы диетотерапии при анемии.
86. Дифференциальный диагноз анемических состояний.
87. АФО органов кроветворения.
88. АФО крови.
89. Гемофилии, классификация, этиопатогенез.
90. Клиническая картина гемофилий, особенности геморрагического синдрома.
91. Критерии диагностики гемофилии, принципы терапии.
92. Тромбоцитопении, классификация, этиопатогенез.
93. Клиническая картина тромбоцитопений, особенности геморрагического синдрома.
94. Критерии диагностики тромбоцитопении, принципы терапии.
95. Тромбоцитопатии, определение, дифференциальная диагностика с тромбоцитопениями, принципы терапии.
96. Профилактика и диспансерное наблюдение заболеваний крови у детей.
97. Изменения слизистых оболочек при заболеваниях крови у детей.
98. Роль детских инфекций в развитии иммунитета. Становление иммунитета у детей. Закаливание детей раннего возраста.

99. Дифтерия, Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
100. Скарлатина, Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
101. Корь, Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
102. Краснуха, Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
103. Эпидемический паротит, Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
104. Ветряная оспа, Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
105. Полиомиелит. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Специфическая профилактика.
106. Дифференциальная диагностика инфекционной сыпи у детей.
107. Специфическая профилактика детских инфекций, абсолютные и относительные противопоказания.

Ситуационные задачи промежуточной аттестации (зачета) для студентов третьего курса стоматологического факультета по дисциплине «ПЕДИАТРИЯ»

Задача №1

Во время экстракции зуба у ребенка 2-х летнего возраста началось кровотечение, которое не останавливалось в течении 1 часа. Известно, что ребенок наблюдается гематологом с диагнозом «Гемофилия А».

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №2

Ребенок 6-ти месяцев был направлен врачом- педиатром к стоматологу, в связи с длительной кровоточивостью десен при прорезывании зубов. Из наследственного анамнеза известно, что среди близких родственников по материнской линии встречались случаи гемофилии. При осмотре ротовой полости выявлены множественные геморрагические корочки на деснах, в области прорезывания медиального верхнего резца отмечается кровотечение более 2 часов.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №3

Девочка 14 –ти лет, вставая со стоматологического кресла после лечения, пожаловалась на резкое головокружение, мелькание «мушек перед глазами» и внезапно потеряла сознание.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №4

Пятиклассница потеряла сознание в очереди перед кабинетом врача-стоматолога при диспансерном обследовании школьников. Со слов друзей, позвавших врача на помощь, девочка очень боялась осмотра стоматолога.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №5

У девочки 8-ми лет после введения местноанестезирующего препарата (лидокаина) перед лечением зубов отмечалось появление нарастающего отека слизистой полости рта, лица, век, сопровождающийся зудом и покалыванием, девочка побледнела, на коже лба, шеи выступил пот, пожаловалась на резкую слабость. Через несколько минут появились головокружение, трудность при глотании, невозможность сделать вдох. Состояние прогрессивно быстро ухудшалось, отмечалось спутанное сознание, нарушение дыхания, мраморность кожных покровов.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №6

После орошения десны местноанестезирующим средством у ребенка 4-х лет отмечался отек десны, губ, появления сыпи на щеках, сопровождающиеся выраженным зудом.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №7

У мальчика, 16 лет, после внутримышечного введения антибактериального препарата (цефтриаксон) перед экстракцией третьего верхнего моляра, отмечалось ухудшение общего самочувствия, отек и гиперемия места введения препарата, через 15 минут появилась сыпь на лице и животе, сопровождающаяся зудом.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №8

У девочки 10-ти лет, во время взятия крови из вены на биохимический анализ перед оперативным вмешательством под общей анестезией по поводу рваной раны щеки внезапно появилась слабость, головокружение, тошнота, она резко побледнела, кожа покрылась холодным липким потом. Ребенок медленно опустился на пол, потерял сознание. Пульс нитевидный, 60 уд./мин., АД 60/30 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 20 в 1 мин. Зрачки расширены, реакция на свет ослаблена.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №9

Родители ребенка 9-ти месяцев обратились к детскому стоматологу с жалобами на беспокойство ребенка при кормлении, капризность, срыгивания, начинающиеся в первые минуты кормления. Из анамнеза известно, что накануне отмечалось повторное повышение температуры тела до 38,5-39 С. При осмотре ротовой полости десны без признаков воспаления, патологии зубов нет, отмечается резкая гиперемия зева, миндалины гипертрофированы и гиперемированы, чистые от налета, обильное количество слизи по задней стенке глотки. При осмотре с применением шпателя отмечалось резкое беспокойство ребенка, резкий приступообразный сухой кашель. Внезапно дыхание прервалось, появился цианоз носогубного треугольника, после чего через несколько секунд появился шумный вздох, дыхание восстановилось.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №10

У ребенка 7-ми лет, находящегося на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии отмечалось повышение температуры тела до 37,7С, общая слабость, обильное слизистое отделяемое из носа, приступообразный сухой кашель, через некоторое время появились признаки удушья с затруднением выдоха, частым сухим кашлем; дыхание шумное, на расстоянии слышны свистящие хрипы. При осмотре: беспокоен, глаза испуганные. Вынужденное положение тела- сидит, опираясь на край кровати. Бледен, цианоз носогубного треугольника. Напряжение и раздувание крыльев носа, грудная клетка бочкообразной формы, с втяжением уступчивых мест. ЧДД – 30 в минуту, пульс 100 уд. в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Беспокоит навязчивый сухой кашель, дыхание шумное.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №11

У девочки 8-ми лет во время лечения кариеса зубов появился навязчивый сухой кашель, явления удушья, выраженное беспокойство и паника, липкий пот, бледность кожных

покровов. Встревоженная мама девочки сообщила, что ребенок страдает бронхиальной астмой.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №12

При осмотре ребенка врач- стоматолог обратил внимание на то, что ребенок беспокоен, капризен, кожа щек резко гиперемирована, горячая на ощупь, дыхание учащено, руки холодные; в ротовой полости- язык обложен белым налетом, миндалины увеличены в размерах, умеренно гиперемированы. Термометрия показала, что температура тела 38,9С.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №13

В стоматологическом кабинете у ребенка 3-х лет после длительного беспокойства, появились клонико-тонические судороги на фоне потери сознания. Кожные покровы бледные. Губы цианотичные. Дыхание шумное. Живот участвует в акте дыхания.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №14

У девочки 14 лет, страдающей эпилепсией, при осмотре в стоматологической поликлинике отмечалось постепенное ухудшение состояния, появление клонико-тонических судорог на фоне утраты сознания. Определите состояние. Составьте алгоритм ваших действий.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №15

У ребенка 10 лет, через 2 дня после оперативного вмешательства по поводу обширной травмы мягких тканей лица и шеи с массивной кровопотерей, отмечалось появление на коже тела и конечностей множественных геморрагий. В общем анализе крови отмечается снижение уровня тромбоцитов до $17 \times 10^9 / \text{л}$.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №16

Ребенку 4-х лет после экстракции нескольких молочных зубов с целью профилактики инфекции врачом -стоматологом назначен антибактериальный препарат (гентамицин). Через 7 дней состояние ребенка заметно ухудшилось, субфебрилитет, ребенок стал вялым, пропал аппетит, появилась выраженная бледность кожных покровов, отечность, одутловатость лица. Ребенок стал меньше мочиться.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния. Были ли допущены ошибки стоматологом.
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №17

На прием к стоматологу повторно обратилась девочка 15-ти лет с жалобами на появления «синяка» на щеке постепенно увеличивающийся в размерах, выраженную припухлость, появившуюся после экстракции зуба. При осмотре на десне свежая нестойкая геморрагическая корочка, мягкие ткани инфильтрированы кровью, гематома продолжает увеличиваться в размерах. Известно, что девочка наблюдается у гематолога с диагнозом «Тромбоцитопатия Гланцмана».

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №18

У ребенка 15-ти лет на фоне острого гнойного периостита нижней челюсти отмечается ухудшение самочувствия, слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 39,5С.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №19

К стоматологу обратился мальчик 6-ти лет по поводу острой зубной боли. Известно, что мальчик страдает гемофилией А, тяжелой степени тяжести.

Задания:

- 1) Оцените состояние.
- 2) Опишите ваши действия, необходимые для предупреждения геморрагического синдрома.
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи.

Задача №20

К стоматологу обратился ребенок 4-х лет с жалобами на выраженное десневое кровотечение в течение 2-х часов после травматизации десны при надкусывании жесткого

яблока. Из наследственного анамнеза известно, что у мужчин по материнской линии отмечались частые кровотечения различной локализации.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №21

К врачу- стоматологу обратилась мама ребенка 7-ми лет с жалобами на интенсивную боль зуба, беспокоящую во время приема пищи и сна. Продолжительность боли 7-10 дней. В течении этого периода ребенок многократно принимал ибупрофен с кратковременным эффектом. На фоне проводимого симптоматического лечения (ибупрофен) по поводу острого гнойного периостита самочувствие ребенка резко нарушено, аппетит отсутствует, жажда, кожные покровы бледные, пастозные, лицо одутловатое, отеки, дыхание учащено, пульс учащен. Мочится мало.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №22

После орошения десны местноанестезирующим средством у ребенка 12-ти лет отмечался выраженный отек слизистой ротовой полости, миндалин, появилось першение в горле, покашливание, затруднение вдоха и выдоха, появилось резкое беспокойство, паника из-за ощущения удушья.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №23

У ребенка 10-ти лет перед плановым лечением у стоматолога (под общей анестезией) проводилось обследование в ходе которого выявлено снижение уровня гемоглобина до 65 г/л.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №24

После проведения местной анестезии у ребенка 7 лет начались клонико-тонические судороги, появился цианоз кожных покровов, пена изо рта. Ребенок потерял сознание.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Задача №25

Через несколько часов после обращения к стоматологу ребенка 4-х лет, у него отмечалось повышение температуры (Т) тела до 37,8С, кратковременное замирание взора, подергивание мышц лица, в связи с чем родители ребенка незамедлительно привезли его на повторный прием к врачу. На момент осмотра Т тела 38,0 С, ребенок беспокойный, капризный, кожные покровы горячие, ротовая полость санирована, умеренные катаральные проявления. Из анамнеза известно, что у ребенка неоднократно отмечались судороги при подъеме Т тела.

Задания:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Укажите причины патологического состояния
- 3) Составьте алгоритм неотложной помощи

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций
---------------------	-------------------------------------

	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристи ка сформированн ости компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)